





ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) - LORTAT-JACOB (Paris) - NANTA (Toulouse)
J. NICOLAS (Lyon) — PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux)
P. RAVAUT (Paris) — R. SABOURAUD (Paris)
A. SÉZARY (Paris) — SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)

RÉDACTEUR EN CHEF

VII° Série — Tome II — N° 1 — Janvier 1931

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

Administration et Publicité : Librairie MASSON et Cie, 120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS (VIe)
Téléphone : Littré 48-92 et 48-93; Inter : Littré 3. — Compte chèques postaux : N° 599.

PRIX DE L'ABONNEMENT 1931 (L'ABONNEMENT PART DU 1er JANVIER)
Le Bulletin de la Société de Dermatologie
est envoyé gratuitement aux abonnés des Annales de Dermatologie.

France et Colonies, 120 fr.

Étranger. — Tarif extérieur n° 1	150 fr.
— — — n° 2	160 fr.

Règlement par mandat, chèques postaux (compte n° 599, PARIS) ou chèque à l'ordre de MASSON et Cie, sur une banque de Paris.

Le tarif extérieur n° 1 n'est valable que pour les pays ayant accepté une réduction de 50 o/o sur les affranchissements des publications périodiques. Ces pays sont : Albanie, Allemagne, Argentine, Autriche, Belgique, Brésil, Bulgarie, Canada, Chili, Colombie, Congo belge, Costa-Rica, Cuba, République Dominicaine, Egypte, Equateur, Espagne, Esthonie, Ethiopie, Finlande, Grèce, Guatémala, Haïti, Honduras, Hongrie, Lettonie, Liberia, Lithuanie, Luxembourg, Mexique, Nicaragua, Panama, Paraguay, Pays-Bas, Perse, Pologne, Portugal et ses colonies, Roumanie, San-Salvador, Serbie, Suisse, Tchécoslovaquie, Terre-Neuve, Turquie, Union de l'Afrique du Sud, Uruguay, U. R. S. S.

Prix du numéro, 10 fr. — Changement d'adresse, 1 fr.

***Adresser tout ce qui concerne la rédaction au* Dr CLÉMENT SIMON, Rédacteur en Chef**
104, Avenue Malakoff, Paris XVIe. (Téléph. : Passy 65.72).

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

VIIe série. — Tome II. — 1931

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

VIIe SÉRIE — TOME II — 1931

MASSON & Cie

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(COPENHAGUE, 5-9 AOUT 1930)

Le VIIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie a eu lieu, comme on le sait, à Copenhague dans les premiers jours d'août 1930, avec un très grand succès. Nous avons pensé qu'il serait intéressant de résumer les rapports, les discussions et les communications libres se rapportant aux thèmes traités. En effet, quatre langues étaient admises et il est malheureusement peu de congressistes assez polyglottes pour les comprendre toutes. Il était de notre devoir de faire profiter nos lecteurs de langue française du vaste enseignement qui s'est dégagé du dernier Congrès international. Nous tenons à remercier ici M. le Dr Solente qui a bien voulu assumer une pareille tâche, vraiment accablante, et qui l'a menée à bien dans le minimum de temps, avant même la publication des comptes rendus du Congrès.

Clément Simon.

Comité d'Organisation :

Président :

C. RASCH

Vice-Présidents :

E EHLERS — O. JERSILD — A. REYN

Secrétaire Général : SVEND LOMHOLT

Trésorier : HARALD BOAS

Secrétaires Adjoints :

A. KISSMEYER (Exposition) — H. HAXTHAUSEN (Présentation de malades)

Les thèmes proposés étaient les suivants :

Thème I : Étiologie et pathogénie de l'eczéma.

Thème II : Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis.

Thème III : La tuberculose cutanée et son traitement.

L'exposé et la discussion de ces trois thèmes sont suivis d'un quatrième chapitre où l'on trouvera le compte rendu d'une série de communications faites sur les sujets les plus divers. Deux remarques sont ici à faire.

1° Un certain nombre de communications manquent, soit qu'elles ne nous soient pas parvenues en temps voulu, soit que nous n'ayions pas jugé utile de reproduire des thèses déjà exposées par ailleurs.

2° A la suite des rapports et des co-rapports, qui ont été laissés dans leur ordre, nous avons classé par ordre de matières les discussions et les communications libres se rapportant au thème traité, sans d'ailleurs établir entre celles-ci et celles-là une distinction dépourvue d'intérêt. Notons pourtant que les articles sans titre sont en général des discussions : on ne s'étonnera donc pas de cette particularité.

Ce classement par matières, suivi par nous, et seul propre à l'étude systématique des sujets traités, s'applique non pas à l'ensemble des points développés par chaque auteur, mais à ce que nous avons cru bon d'en extraire ou d'en rapporter. Mieux valait en effet, avons-nous pensé, dégager dans chaque travail les parties les plus originales, les plus utiles, ou de notion moins courante parmi les médecins de langue française, plutôt que fournir des résumés, sans doute exacts, mais ternes, et sans épargner au lecteur une seule des répétitions auxquelles conduit cette méthode, vu le grand nombre des rencontres entre des auteurs différents.

THÈME I. — ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DE L'ECZÉMA

1° RAPPORTS

J. Darier (Paris). — Après un mot d'historique, D. entre dans le vif du sujet. « Ce qu'il y a, dit-il, de plus assuré dans la question de l'eczéma, c'est la morphologie de ses manifestations ». Aussi les décrit-il minutieusement. Leur siège fondamental est l'épiderme. Elles se traduisent par la spongiose, liée à un processus d'exosérose, consécutif à la formation de vésiculettes sous-cornéennes. Elles commandent des lésions secondaires (puits eczémateux, parakératose, etc.),

s'accompagnent d'autres troubles (infiltrats cellulaires, lésions dermiques banales), mais se caractérisent constamment, d'une part, par l'état de spongiose et de vésiculation, d'autre part, par leur répartition en des points limités et successivement atteints.

Ainsi se définit le processus eczéma. Des aspects variables sont possibles, d'où diverses formes que rappelle D. (eczémas aigus, vulgaires, figurés, intertrigos, séborrhéiques, érythrodermiques et compliqués ; par contre D. refuse aujourd'hui une place à part à l'eczématose).

Les causes de l'eczéma sont bien variables et D. cite les principales : physiques, chimiques, parasitaires, externes, internes. Leur complexité, leur collaboration habituelle s'opposent à ce qu'on fasse de l'eczéma ni une maladie, ni un groupe de maladies. La base étiologique manquerait pour attribuer à l'eczéma l'une ou l'autre de ces places dans la nosologie. De plus, ces causes n'agissent qu'en cas d'une prédisposition spéciale du sujet, que celle-ci soit innée (idiosyncrasie) ou acquise (sensibilisation). Le terme le plus généralement applicable à l'eczéma est celui de réaction d'*intolérance*. Notons qu'entre l'intolérance et l'intoxication, D. voit une différence non pas de degré, mais de nature.

Une telle conception rapproche l'eczéma des maladies allergiques (urticaire, asthme, etc.) avec lesquels sa parenté est à discuter. Elle s'affirme par leur alternance réciproque fréquente, la constatation commune possible d'une crise colloïdoclasique, enfin par les résultats des épreuves de cuti-réaction et de transmission passive. C'est le siège des réagines qui commanderait le type clinique. Il serait épidermique pour l'eczéma.

Ici se pose la question de la voie d'accès des agents eczématogènes. Elle est externe dans la grande majorité des cas, mais peut être interne comme l'expérimentation l'a démontré. Diverses méthodes permettent de rechercher les substances sensibilisantes : cuti-réaction, intradermoréaction, méthode transépidermique, elles exposent parfois le malade à des dangers. La transmission passive a également contribué à montrer le rôle de la sensibilisation dans l'eczéma.

La pathogénie de l'eczéma est encore dans le domaine théorique : « J'avertis qu'en cette matière on se trouve en présence plutôt de visions et d'interprétations que de faits décisifs ». Quels éléments y jouent le rôle primordial ?

Pour la majorité des auteurs, les *cellules épidermiques* seraient le point de départ. D. suggère que l'exocytose et l'afflux leucocytaire pourraient dépendre d'une altération primitive des cellules malpighiennes. L'origine du processus dans les *capillaires* a été soutenue. Enfin le rôle du *système nerveux*, attesté par le prurit, est diversement compris (réflexe vaso-moteur, intervention du système nerveux autonome ou même des centres nerveux mis en jeu par une excitation conditionnelle au sens de Pavlov). Le facteur local serait représenté par les anticorps fixés aux cellules et leur combinaison avec l'antigène.

D. insiste ensuite sur quelques pathogénies spéciales correspondant aux formes suivantes : *L'eczéma traumatique* (par grattage, etc.) est rapporté ou non au seul traumatisme. Des substances protéiques autochtones y joueraient pour certains le rôle sensibilisant. *Les eczémas de cause physique*, traduisent une allergie qu'on ne peut guère rapporter au schéma d'une réaction antigène-anticorps. *Les eczémas parasitaires* sont à décrire ici (contrairement à l'opinion de nombreux auteurs qui ne les rapportent pas à l'eczéma) comme relevant du même mécanisme que les autres. D. en énumère les formes : *Eczéma par parasites animaux* (poux, insectes, helminthes), *eczéma microbien*, sa légitimité étant fondée sur la réalité de l'allergie produite par les microbes ; il est souvent lié à l'existence de foyers infectieux chroniques. A côté de lui se place l'*eczéma mycosique* où divers genres de champignons sont incriminés. Ces parasites peuvent produire la lésion directement ou à distance par un phénomène d'allergie, tel que Bloch pour les trichophytides et Ravaut pour les levurides en ont apporté la preuve expérimentale. Ce chapitre se termine par l'*eczéma alimentaire*, où le rôle déterminant semble appartenir, non directement à l'aliment en cause, mais aux protéases qui en dérivent.

Enfin, reste à discuter l'influence sur la production de l'eczéma de divers troubles organiques ou métaboliques. En ce qui concerne les modifications des taux du glucose, de la cholestérine, de l'acide urique dans le sang des malades, leur liaison directe avec l'eczéma n'existe pas. De même ordre sont les troubles du pH de la peau. Une diminution de son taux de calcium est plus importante. Les troubles endocriniens ou vagosympathiques sont possibles et de type variable. Quant aux diathèses, Cerny, Rost en donnent de nouveaux types et leur font jouer un rôle important dans l'eczéma.

En somme les causes de l'eczéma ne permettent pas de le caractériser. Donc l'eczéma n'est pas une maladie. Ses diverses formes n'ont en commun que le *processus* qui conduit à la vésiculation et à la spongiose épidermiques. Traduction d'une sensibilité spéciale, allergique ou non, l'eczéma est avant tout une réaction d'intolérance telle que D. définit celle-ci en l'opposant à l'intoxication. Telles sont les idées fondamentales qui se dégagent de ce travail dont il est très difficile de rendre dans un résumé l'érudition profonde et la précision minutieuse.

J. Jadassohn (Breslau). — Les réactions cutanées, étant limitées, ne peuvent servir de base unique à un classement des dermatoses. La spongiose et la vésiculation ne suffisent donc pas à caractériser l'eczéma. Sans préjudice des remaniements ultérieurs que nécessitera le progrès de nos connaissances, c'est l'étiologie qui doit présider à la limitation du cadre de cette maladie, la pathogénie, la morphologie, la notion de l'évolution devant également y contribuer.

Se basant sur ces principes, J. considère comme devant être éliminés du cadre de l'eczéma :

1° Tous les ÉTATS PYODERMIQUES, y compris ceux à forme eczématoïde.

2° La DIPHTÉRIE CUTANÉE ECZÉMATOÏDE.

3° Les MYCOSES ECZÉMATOÏDES, telles que l'*eczéma marginé* et les formes plus récemment décrites. Telles sont les *oïdiomycoses intertrigineuses*, *l'érosion blastomycétique*, les formes *dyshidrotiques*.

4° Les formes ENGENDRÉES DE FAÇON MOINS DIRECTE PAR UN AGENT PATHOGÈNE (champignon ou microbe). Trouvent ici leur place, les *trichophytides*, ou pour mieux dire, *Mykydes*, puisque d'autres champignons que les trichophytons peuvent être en cause, comme dans les *levurides* de Ravaut. Il existe également des *microbides* (tuberculides, streptococcides, staphylococcides).

5° L'ECZÉMA DÉNOMMÉ SÉBORRHÉIQUE (eczématides, séborrhéides, etc.).

6° Les NÉVRODERMITES chroniques, circonscrites ou disséminées, *lichen de Vidal*, *Prurigo de Besnier*, *prurigos diathésiques*. J. rappelle à leur propos, d'une part, la fréquence des « faits de passage » entre ces syndromes et l'eczéma, d'autre part, le rôle étiologique en ce qui les concerne, d'une prédisposition constitutionnelle, comme l'attestent leur affinité pour l'asthme et d'autres stigmates du *status exsudativus*.

Ces éliminations étant faites, J. conserve dans le groupe de l'eczéma :

1° Celles des DERMATITES ARTIFICIELLES qui s'accompagnent du tableau clinique et histologique caractéristique. Il faut tenir compte ici de l'inégalité des réactions individuelles. La cessation de la maladie quand l'irritant est supprimé n'étant pas une règle absolue, n'est pas un argument péremptoire pour séparer l'eczéma des dermatites artificielles. « Elles peuvent gagner sur le pourtour de la zone d'action immédiate, « et pourtant se guérir promptement après la suppression de l'influence « nocive ». Toutes les transitions existent entre les cas d'une aptitude réactionnelle innée et spécifique envers une substance rarement en cause, et la faculté de répondre par une réaction eczématique aux irritants les plus divers. « Donc, une étroite séparation entre les dermatites toxiques et l'eczéma mènent à de trop grandes difficultés pratiques, qui ne me paraissent point fondées en théorie ». J. conserve donc dans le cadre de l'eczéma ces *dermatites artificielles eczématoïdes*, qu'elles apparaissent dès le premier contact irritant, ou après une phase de sensibilisation, et que leur cours soit chronique ou à récidives aiguës.

J. rappelle ici l'importance qu'il n'a jamais cessé d'attacher à ce groupe d'*eczémas toxiques*, les plus révélateurs sur la nature de l'eczéma. « Je crois personnellement, disait-il à Paris en 1900, que des excitants « externes, ou plus rarement internes, joints aux idiosyncrasies les « plus variées, jouent le rôle essentiel dans l'étiologie de l'eczéma. » L'observation clinique approfondie et la comparaison suivie dans toutes les directions avec les dermatites artificielles sont, bien plus que les enquêtes de chimie humorale, les moyens qui lui paraissent propres à faire progresser la question de l'eczéma.

2° Reste classé dans l'eczéma un groupe de MALADIES A CAUSE

INCONNUE et diversement interprétée. J. croit qu'une part de cet eczéma inconnu sera annexée par les *névrodermites*, les processus dits *séborrhéiques* et maintes *Pyodermies* (si l'on prend garde aux résultats obtenus par Sabouraud), lorsque progresseront les connaissances étiologiques. Il mentionne les réactions eczémateuses dues à l'emploi d'*agents physiques*, les formes d'*origine interne*, notamment digestive, les *eczémas professionnels*, qui ne se révèlent souvent qu'après usage prolongé de la substance en cause. Mais le point sur lequel J. insiste tout particulièrement est le *rôle de la sensibilisation* dans la pathogénie de l'eczéma.

« Je dois encore une fois, dit-il, revenir au point de départ de mes « considérations. Le plus souhaitable serait sans doute pour l'établis- « sement du concept de l'eczéma de l'appuyer sur une étiologie déter- « minée. Cela est à présent et sera sans doute en tout temps impossible, « car, si étroit soit le sens qu'on donne à ce concept, la multiplicité « des causes existera toujours. Bien plutôt doit-on attendre de l'unicité « de la pathogénie la synthèse du concept de l'eczéma. Une telle défi- « nition pathogénique ne perdrait rien à la limitation étiologique que « comporte l'exclusion des dermatoses infectieuses. Mais, tout d'abord, « nous devons prendre une position plus clinique. J'ai, il y a de longues « années, tenu un propos qui me semble à présent banal à moi-même, « à savoir que dans d'autres dermatoses aussi bien que dans l'eczéma « nous devons distinguer des processus dans lesquels la forme réaction- « nelle de l'organisme, d'autres dans lesquels la nature de l'excitant « constituent la dominante. Entre les deux, toutes combinaisons sont « possibles. Dans l'eczéma, il est surtout clair que si la sensibilité « s'exerce envers un excitant banal, c'est-à-dire ubiquitaire ou presque, « l'organisme joue le rôle principal dans l'étiologie. Les eczémateux « sont alors des sursensibilisés polyvalents, et chez eux l'eczéma peut « se signaler par sa légèreté, son développement fréquent, sa longue per- « sistance. Mais la substance déchaînante est-elle exceptionnelle ou est- « elle de celles qui ne sont que rarement eczématogènes, le sujet sensibi- « lisé envers elle n'a d'eczéma que lorsqu'il s'expose à son influence. Or, « le cas peut être fréquent, s'il se trouve souvent soumis à l'action de « cette substance. Pour reprendre des exemples souvent répétés, tel « médecin passe pour un eczémateux aussi longtemps qu'il ignore qu'il « ne supporte point l'iodoforme... De même tel jardinier qui, en dépit « d'une sensibilisation envers les primevères, persiste à ne point fuir « leur présence. » Bien des formes d'eczémas s'éclairent par cette notion de la sensibilisation. Quand celle-ci s'exerce envers des produits du métabolisme du sujet, elles peuvent donner lieu à des formes qui s'éternisent. L'eczéma par poussées successives est à rapprocher des cas cliniques et expérimentaux d'alternance dans les états de sensibilisation et de désensibilisation. La sensibilisation peut demeurer locale. Enfin, le temps d'incubation et surtout le temps de sensibilisation

varient avec la cause et sont en outre soumis à diverses influences (rôle de l'alimentation, de la chlorose dans l'eczéma des laveuses). De telles notions facilitent la recherche des substances nocives par l'étude du pouvoir réactionnel de la peau envers les produits suspects.

Mais l'aptitude à réagir par de l'eczéma dépend aussi de conditions de terrain. Hérédité, système nerveux, glandes endocrines jouent ici un rôle. J. rappelle à ce propos les travaux de Rost sur l'eczématoïde et l'ensemble de stigmates qui le conditionnent.

De toutes ces notions découlent, avec la possibilité d'un diagnostic plus précis, des conclusions thérapeutiques, et notamment l'essai prudent des diverses méthodes de désensibilisation. D'ailleurs, les traitements externes empiriques de l'eczéma devraient pour J. une partie de leur activité à un pouvoir désensibilisant non spécifique. Et si nous avons saisi la pensée de J., le concept de l'eczéma suppose bien la réaction banale par spongiose et vésiculation, mais comporte de plus une pathogénie déterminée, un conflit d'antigène et d'anticorps, une sensibilisation.

CO-RAPPORTS

Bruno Bloch (Zürich). — **Eczéma et allergie.** — L'eczéma comporte des manifestations d'ordre clinique et morphologique, mais qui dépendent d'un mécanisme commun, d'un état allergique. C'est à ce mécanisme que s'est intéressé B. Si, en effet, l'eczéma n'est qu'une maladie allergique, et qu'on puisse ramener sa complexité au schéma simple de l'anaphylaxie du cobaye au blanc d'œuf, tout s'explique par la réaction de l'organisme contre un antigène envers lequel il était déjà sensibilisé.

Deux voies différentes permettraient de vérifier cette conception de l'eczéma :

1° La mise en évidence d'anticorps spécifiques dans les organismes sensibilisés.

2° La réalisation expérimentale de la sensibilisation.

La mise en évidence d'anticorps spécifiques tentée *in vivo* et *in vitro* n'a donné que des résultats discordants pour ce qui concerne les eczémateux.

Quant au second point, qui regarde la sensibilisation expérimentale, il fait l'objet des résultats les plus intéressants obtenus par B. La transmission d'une maladie à un sujet jusque-là normal permet en effet d'en préciser les conditions pathogéniques. Déjà réalisée pour l'asthme et l'érythème salvarsanique, elle a pu être obtenue chez le cobaye pour l'eczéma par B. et Steiner-Wourlisch.

C'est l'eczéma des primevères qu'ont pu reproduire ces auteurs après sensibilisation avec un extrait de primevères ou une solution de primine cristallisée utilisées selon le cas par badigeonnage ou injection endoder-

mique ou intracardiaque. L'intervention déchaînante consista en un badigeonnage avec des solutions inefficaces pour les témoins. Ainsi furent obtenues des dermatites offrant diverses variétés, mais où se retrouvaient les dilatations vasculaires, la spongiose, l'état vésiculeux, l'acanthose, la parakératose, bref les divers attributs de l'eczéma des primevères humain. De telles réactions allergiques suivaient l'application d'un extrait de primevères à 5 o/o ou à 1 o/o. « Cette allergie (exactement comme l'allergie eczémateuse chez l'homme) ne se transforme jamais en état d'immunité (anergie), autant du moins qu'il ressort de nos recherches ».

B. est donc le premier auteur qui ait expérimentalement réalisé cette maladie sur l'animal. De plus, les phénomènes liés à l'état d'allergie lui paraissent représenter la dominante du processus eczémateux. Se basant sur ces idées, il place donc dans l'eczéma :

1° Un groupe très important, représentant l'eczéma allergique, et comprenant tous les cas où l'antigène est décelable. Là trouvent place les formes dues à un agent physique, à un antigène toxinique ou parasitaire (levurides, trichophytides, etc.), et l'eczématoïde exsudative tardive de Rost (à cause de ses rapports avec l'asthme);

2° Un vaste groupe où la cause inconnue est à rechercher dans le domaine allergique.

Le progrès le plus important dans le domaine de l'eczéma consiste pour B. dans la notion récente du rôle capital du facteur exogène dans sa détermination et dans l'étude du malade à l'aide de tests. A ce dernier point de vue il convient d'éprouver à la fois la peau saine et la peau des places guéries, vu la fréquence d'une stricte délimitation du territoire sensibilisé. Ainsi est rendue possible une prophylaxie efficace par la découverte des substances nocives. Cette dernière a pu être faite dans presque 100 o/o des eczémas professionnels et une bonne partie des autres.

Le résultat à obtenir serait de trouver le moyen d'enrayer une sensibilisation existante ou de l'empêcher de naître. De telles recherches frayent le chemin vers ce but, mais ne l'ont point encore atteint.

F. Krzysztalowicz (Varsovie). — **Sur la question de l'eczéma.** — En matière d'eczéma, le grand obstacle au progrès est la conception traditionnelle trop large prêtée à ce terme. La distinction d'avec l'eczématisation, puis d'avec l'eczéma séborrhéique a été heureusement poursuivie par l'exclusion notamment de l'impétigo, des épidermophyties, des pyodermies eczématiformes. De même devaient être exclues les lésions eczématoïdes dues à la gale, aux diabétides, aux érythrodermies salvarsaniques, etc.

Dans l'énorme chapitre restant sous la rubrique eczéma, ce terme même a le défaut de se substituer trop souvent à un diagnostic précis. K. cherche donc à y individualiser quelques types cliniques.

L'eczéma séborrhéique résulte en fait d'une eczématisation sous l'influence de pyogènes. Or, les dermo-épidermites, objet des recherches bactériologiques de Gougerot, se traduisent souvent par les mêmes signes que l'état séborrhéique ou kérosique.

Un second type est formé par « les eczémas qui possèdent les signes du prurigo ». Il s'agit ici d'états allergiques liés sans doute à une diathèse. Il y aurait alors urticaire dans l'enfance, suivie plus tard d'eczématisation par les pyogènes. Ces cas se rapportent au « spät exsudatives eczematoïd » de Rost et sont l'expression de la diathèse exsudative.

Un troisième type est l'eczéma professionnel, dû à des traumatismes physiques ou chimiques dont des pyogènes prolongent les méfaits.

Enfin, le groupe le plus important est celui sur lequel a insisté Sabouraud et que décrit Gougerot sous le nom de dermo-épidermites microbiennes. Quant à la sensibilisation, K. rappelle qu'elle peut jouer dans bien des formes, même celles qui sont d'origine mycosique ou microbienne.

M. Oppenheim (Vienne). — **Contribution à la connaissance de l'eczéma professionnel.** — L'auteur distingue tout d'abord l'eczéma artificiel de la *toxicodermie* (incubation brève, effet important, évolution aiguë) et de la *dermatite* prise dans son sens strict (évolution aiguë, guérison rapide après abstention de la substance nocive). Par contre, l'eczéma artificiel « ne peut apparaître que sur une peau sensibilisée », peut résulter « d'irritations modérées qui ne le produisent pas chez la plupart des gens, survit à la cessation de l'irritation », gagne sur la périphérie de la zone irritée, se transmet symétriquement par réflexe, se propage à distance du territoire atteint sous l'action d'irritations banales (frottement, grattage). Son début se fait par des modifications épidermiques. Ce n'est en effet, comme l'a montré Steiner, qu'après altération préalable de la couche protectrice épidermique représentée par l'assise des cellules cornées et les graisses cutanées que la peau sensibilisée peut éprouver les effets nocifs de l'allergène. D'après la statistique de O. qui comprend 9.755 maladies cutanées, l'eczéma serait 16 fois plus fréquent que les dermatites, et 12 fois plus que les toxicodermies.

Le vrai eczéma professionnel se distingue aisément par une allure clinique spéciale : « Il est habituellement localisé aux mains et aux avant-bras, plus rarement au visage, donc aux places exposées ». La face de flexion des avant-bras est plus fortement atteinte que la face d'extension, le dos des mains plus que la face palmaire, la main droite plus que la gauche. « La peau et le repli péri-unguéal sont très atteints, et telle est la cause des plus fréquentes affections des ongles. » L'évolution se fait par poussées, « par vagues ». Le tableau est souvent complété par d'autres stigmates professionnels, colorations par les

substances manipulées, atrophies, brûlures, boutons d'huile, etc. Une *restitutio ad integrum* est possible dans tous les cas.

Parmi les catégories professionnelles atteintes viennent en première ligne les aides-ouvriers, ensuite les fondeurs, menuisiers, boulangers, serruriers, peintres, mécaniciens sont énumérés. On a souvent cité la singulière prédominance du personnel domestique féminin.

Quelle est la cause de ces eczémas professionnels. Un fait est à relever, c'est que le contact de l'eau y joue un rôle très important ; or, on ne connaît ni sensibilisation ni idiosyncrasie envers l'eau. L'imbibition, puis la macération épidermique semblent à l'origine de ces effets nuisibles, encore accrus par toutes les substances portant atteinte à la couche protectrice (savon, soude, benzols, etc.). Une eau salée hypertonique est encore plus nocive. La chaleur, le froid, les alcalis, les acides, une action mécanique secondent de plus ce rôle destructeur.

Quant aux produits qui jouent le rôle d'antigènes, il ne faut point exagérer leur importance. D'abord ils sont innombrables ; puis, l'état de sensibilisation générale de la peau, recherché par Stern, n'a pu être révélé par lui que dans 1/3 des cas. Dans les deux autres tiers, le processus n'était que local. En fait, ce qui importe n'est pas seulement la sensibilisation envers une substance déterminée, mais « l'exposition », terme par lequel Steiner entend la somme des actions professionnelles nocives pour la peau. O. insiste sur cette notion, que l'eczéma professionnel n'est pas un pur processus allergique et qu'il ne dépend pas tant de substances déterminées, que « d'un complexe de causes, où le mode d'exécution du travail joue le principal rôle ». Il illustre ce principe de toute une série d'intéressantes projections représentant des laveuses, des maçons, des boulangers, des serruriers, des teinturiers, des galvaniseurs, des chapeliers, etc., en train d'accomplir le geste professionnel pathogène pour toutes ces catégories.

Ces consciencieuses recherches doivent comporter des conclusions de prophylaxie et de thérapeutique. Au sujet du premier de ces chapitres, O. relève la faculté d'adaptation de la peau aux substances nuisibles et conseille un triage éliminatoire préliminaire des candidats à tel ou tel travail d'après l'état de leur peau. Pour le reste, conseils d'hygiène (nettoyage soigneux après le travail, asséchage puis graissage des mains avec des produits inoffensifs, évacuation des substances nocives).

Quant à la désensibilisation, il ne faut pas en faire trop grand cas, puisqu'elle ne peut être dirigée que contre un seul des éléments du complexe étiologique responsable. Les études sur la réactivité fragmentaire de la peau ne conduisent d'ailleurs qu'à des résultats discordants et qui demandent une interprétation rigoureuse.

En somme la suspension du travail, l'élimination de la cause, au besoin la désensibilisation, telles sont les mesures à appliquer. Lorsque le sujet reprend son travail, l'apparition de récidives est une indication

à un changement d'occupations. Malgré tout, certains eczémas professionnels peuvent demeurer.

Enfin l'eczéma professionnel devrait faire partie des maladies donnant lieu à une indemnisation. La liste des substances nocives reconnues est insuffisante. Il est d'ailleurs injuste que cette liste ne comprenne que des substances toxiques, l'eau étant l'une des causes primordiales des eczémas professionnels.

Parmi les conclusions de cet important travail, nous relevons celles-ci (les autres étant suffisamment développées plus haut).

« L'eczéma professionnel est une maladie cutanée allergique dans le sens de Jadassohn, mais la sensibilisation spécifique y joue un rôle bien plus réduit que celle non spécifique »...

« Les eczémas professionnels sont les plus fréquents, avant tout des eczémas, et même des maladies de peau. Ils sont le plus souvent bien caractérisés cliniquement. L'essentiel dans leur développement n'est point la nature des substances manipulées au cours du travail, mais le mode d'exécution de celui-ci ».

W. M. Allen Pusey (Chicago). — **Sur la pathogénie de l'eczéma.** — Le terme d'eczéma exprime, non une maladie autonome, mais certaines formes de dermatite. Elles peuvent dépendre de l'intensité de l'irritation externe ou d'un abaissement de la résistance de la peau qui devient sensible à des substances normalement inoffensives. D'où deux catégories d'eczéma, dont la seconde a retenu l'attention de P. Cette hypersensibilité peut être une aptitude individuelle, familiale, ou même raciale et intéresser d'autres tissus en même temps que la peau. Elle peut être acquise après une longue tolérance, comme dans l'eczéma professionnel.

En dehors des cas que mentionne P. où des troubles vago-sympathiques ou endocriniens sont à la base de cette hypersensibilité, elle semble bien souvent dépendre de la peau elle-même et spécialement des cellules de la couche épineuse. Les expériences de Bloch sur l'eczéma par primevère plaident en faveur de cette thèse, et, dans la production, qu'elles réalisent, d'une réaction tissulaire locale à type allergique, nous donnent une ébauche de ce que peuvent être la plupart des eczémas. P. en rapproche la réaction oculaire obtenue chez le lapin après une injection déchaînante d'albumine d'œuf, lorsque l'injection préparante a été faite dans la cornée, et aussi l'ophtalmo-réaction de Calmette à la tuberculine. Dans ces cas comme dans l'eczéma, la capacité réactionnelle tissulaire locale se trouve exagérée, au point que la présence de l'antigène provoque une réaction destructrice pour les cellules sensibles elles-mêmes. « C'est là un processus normal outré ; un phénomène que nous voyons dans les réactions inflammatoires extrêmes, de toute origine.

Ce n'est pas là un processus spécifique. Ce n'est, comme d'autres phénomènes allergiques, un processus spécifique que par égard à l'antigène.

C'est une réaction inflammatoire, avec les caractéristiques communes d'une réaction non spécifique. Cela s'adapte exactement à l'eczéma. La même dermatite chez des individus différents est produite par d'innombrables irritants. Le processus est le même ; la seule différence est dans les antigènes et dans les degrés variables des réactions par lesquelles la peau leur répond, selon sa sensibilité ».

Tel est pour P. le mécanisme le plus commun de l'eczéma, mais non pas le seul sans doute.

R. Sabouraud (Paris). — **L'étiologie et la pathogénie de l'eczéma (texte intégral).** — De plus en plus la question de l'étiologie de l'eczéma se pose à nous comme un problème de physiologie ; or, je ne suis pas un physiologiste. Toute ma vie fut consacrée à l'étude anatomo-pathologique et microbienne des affections cutanées. Cependant, puisque le VIIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie a bien voulu me désigner comme co-rapporteur de cette question, je dois dire ce que j'en pense. Mais, je serai bref et me maintiendrai exclusivement dans le domaine des faits que j'ai particulièrement étudiés.

En regard de l'exposé de la question, si complet et si documenté, qu'en a présenté mon collègue et ami Darier, le mien pourra paraître trop simple, c'est parce que je ne puis envisager que l'une des faces de la question.

Dès la première synthèse faite par Unna de son eczéma séborrhéique (1890), et, sans que j'aie jamais accepté cette idée de lui que l'eczéma fut toujours une affection parasitaire, je me suis demandé si certains chapitre de la Dermatologie — dont l'eczéma tout spécialement — n'étaient pas un *caput mortuum* fait de plusieurs entités morbides différentes et que nous mélangions sous un même nom, parce que nous ne savions pas, chacune, les différencier.

I. — Ayant réétudié pendant plusieurs années les pityriasis du cuir chevelu, je retrouvai à l'origine du *Pityriasis simplex* (uniquement pelliculeux et sec), la spore que Malassez y avait décrite. Sa constance dans le pityriasis banal est telle qu'on peut la comparer à celle du *Microsporum furfur* dans le *Pityriasis versicolor*. Elle m'a paru suffisante pour affirmer que dans l'une comme dans l'autre de ces deux affections, le parasite était bien la cause du processus furfureux.

II. — Étudant ensuite les pityriasis à squames-croûtes d'apparence grasse, j'y ai retrouvé, avec la spore de Malassez, les myriades du *Coccus* décrit par Unna comme étant le morocoque et qui est en réalité un *Coccus* polymorphe (Cedercreutz) très fréquent sur la peau humaine, mais qui a constitué là un foyer de pullulation d'une intensité incroyable. Et sous ses colonies j'ai vu l'exosérose, se produire, la spongiose et une vésiculation rudimentaire, eczématoïde sinon eczématique.

III. — En outre, et dans des processus cliniquement analogues, mais

à croûtes impétigineuses, j'ai démontré la présence du streptocoque. Le streptocoque me paraît la cause immédiate des processus impétigineux de petites et de grandes surfaces, nommés autrefois : eczémas impétigineux, processus récidivants, extensifs, et qui paraissent surtout fréquents chez les sujets jeunes et de santé générale déficiente.

J'ai montré pareillement la présence et l'action du streptocoque jusque dans les épidermites généralisées : streptococcies chroniques avec lichénisation cutanée, et même à la surface des placards de l'ancien *lichen circonscrit*, ou névrodermites. Et déjà, dans le livre jubilaire du professeur Moritz Kaposi (1900), je faisais le bilan des lésions épidermiques eczématiformes attribuables au streptocoque.

IV. — Enfin, et plus récemment, j'ai montré que le staphylocoque doré peut faire aussi au cuir chevelu des lésions miliaires, micropustuleuses en série, baptisées eczéma aussi, quoiqu'elles n'en aient plus du tout les lésions histologiques, et spécialement ne s'accompagnent jamais de spongiose.

Laissant de côté le *Pityriasis simplex*, il y a donc au total trois eczémas ou pseudo-eczémas qui sont microbiens :

1° *L'ancien eczéma séborrhéique de Unna :* spore de Malassez et *Coccus* polymorphe à culture grise, (morocoque de Unna).

2° *L'ancien eczéma impétigineux* dû au streptocoque, mais dont les anciennes frontières doivent être singulièrement élargies, car nous devons y faire rentrer une foule d'eczémas squamo-croûteux du cuir chevelu, la fausse teigne amiantacée d'Alibert (Milian), des strepto-épidermites extensives et même généralisées, et probablement encore les anciens lichens circonscrits (névrodermites).

3° Des éruptions staphylococciques du cuir chevelu, très fréquentes sur les sujets d'âge moyen, trop nourris, éruptions qui ne sont en réalité que des *acnés-nécrotiques miliaires* dénommées eczémas parce qu'on ne savait pas les reconnaître et les différencier.

Tel est le bilan de mes recherches sur ce sujet. Mais je dois d'emblée faire remarquer, et j'insiste sur ce point, que si, dans ces divers types morbides, la présence et l'action du microbe expliquent la lésion, elles n'expliquent ni sa ténacité, ni ses récidives, et qu'il existe donc, au-dessous de ces types morbides, un *nescio quid ignotum*, qui permet au microbe son implantation, sa pullulation facile et sa permanence *in situ*.

J'insiste expressément sur ce point, car c'est par lui que ces éruptions microbiennes se rattachent au problème étiologique de l'eczéma.

Les éruptions que je viens d'énumérer sont-elles, à tort ou à raison, confondues dans l'eczéma ? Sont-elles de faux eczémas comme je le prétends, ou de vrais eczémas comme le veut Darier ? Je n'en sais rien, car tout dépendra de la définition étiologique de l'eczéma que personne ne peut fournir encore. Je crois qu'il faut réserver cette question jusqu'à ce que tous les facteurs étiologiques de l'eczéma soient devenus plus clairs pour nous.

Sans doute, le problème des *sensibilités chimiques* et celui des *réceptivités microbiennes* ne sont que deux faces du même problème. Il nous paraît quant à présent que certaines peaux sont réceptives au streptocoque comme d'autres sont sensibles au soufre ou à l'eau de Javel, et que le problème des sursensibilités aux agents externes est le même pour tous agents vulnérants quelconques, qu'il s'agisse de la *Primula* ou du streptocoque.

Mais, comme le fait remarquer Darier, le problème des sensibilités électives, même des sensibilités cutanées, est immense, il dépasse de beaucoup le cadre de l'eczéma... Ou bien il faudrait faire rentrer dans l'eczéma toutes les dermatoses microbiennes chroniques, ce qui ne paraîtrait à personne être un progrès.

En effet, cette sensibilité particulière de certaines peaux à une infection microbienne n'est pas spéciale au groupe clinique des affections eczématiques ou eczématoïdes. Déjà je parlais d'une acné nécrotique miliaire, couramment prise pour un eczéma, et qui ne détermine jamais de processus histologique spongoïde ou vésiculeux. Mais si nous prenons le sycosis, nous verrons que le problème reste encore le même. Dans le sycosis, l'infection staphylococcique est folliculaire-orificielle, mais incessamment renaissante sur place, et durera pendant des années. Il semble bien que le problème soit ici le même pour le staphylocoque doré que pour le streptocoque dans les eczémas impétigineux.

Même facilité du tégument à se laisser infecter, même prodigieuse pullulation microbienne à sa surface, et même difficulté thérapeutique à en débarrasser le malade, mêmes récidives subintrantes, même longue durée. Appellerons-nous le sycosis : de l'eczéma, et aussi toute infection microbienne chronique ? Personne n'y pense, je crois... Admettons qu'on définisse l'eczéma par l'exosérose, la spongiose et la vésiculation. Mais alors je rappellerai que c'est moi, avec Ch. du Bois de Genève, qui ai nommé et défini l'exosérose, en étudiant ce phénomène sur des teignes tondantes... On trouve de pareilles lésions dans les trichophyties, les épidermophyties et même dans le pityriasis rosé de Gibert. En ferons-nous des eczémas ?

Alors qu'est-ce qui définira l'eczéma ? Sera-ce la réaction exoséreuse, ou la permanence, ou les récidives, ou la sursensibilité de la peau à une cause externe quelconque ? Il n'y a pas là qu'une question de mots ; il y a une question doctrinale des plus difficiles.

Si nous arrivons à définir l'eczéma par l'hypersensibilité de la peau du sujet à un agent vulnérant quelconque, nous engloberons dans l'eczéma une foule d'affections parasitaires chroniques qui n'ont pas la vésiculation pour caractère anatomique. Si nous bornons l'eczéma à la spongiose et à la vésiculation, cela y incorpore déjà un certain nombre d'affections (épidermophyties et dyshidroses), dont les mœurs n'ont rien de commun avec celles de l'eczéma, mais nous lui donnons

en outre comme caractère étiologique, la sensibilité à certains agents vulnérants, même microbiens, comme le streptocoque, en refusant d'y comprendre la même sensibilité au staphylocoque parce qu'il fait le sycosis qui est pustuleux.

Il semble qu'il y ait là dans l'état actuel des choses une véritable antinomie.

En réalité, le problème des sensibilités électives aux agents physiques, chimiques et microbiens, endogènes ou exogènes, me paraît, comme le dit Darier, dépasser de beaucoup le cadre de l'eczéma. D'abord, il n'est pas prouvé encore qu'il joue dans tous les cas d'eczémas, mais il est certain qu'il joue dans une foule de cas étrangers à l'eczéma : urticaire, asthme, accidents sériques, etc..., et il est possible qu'il joue de même dans certaines affections chroniques et parasitaires : épidermophyties, oïdiophyties (etc.) (Ravaut).

A mon avis donc, nous pouvons apporter ici des faits dont chacun contribuera pour une part à éclairer l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma, dans l'avenir. C'est ce que montre le rapport si complet et si complexe de Darier. Mais nous sommes, pour le moment, hors d'état de lui attribuer en tous cas une étiologie et une pathogénie précises. Ceci pour souligner la haute portée scientifique de bien des recherches récentes, mais pour insister aussi sur la nécessité où nous sommes de ne conclure de chacune que ce qu'elle permet de conclure fermement. Aucune ne nous donne encore la clef du problème étiologique de l'eczéma.

Et pour terminer, je dirais :

I. — Celui qui nous montrera *pourquoi* et *comment* une certaine peau ne peut tolérer sans dommage des applications de soufre que les autres supportent très bien... ou pourquoi et comment une peau supporte bien ou mal d'être immergée dans une certaine solution d'hypochlorite de soude... ou celui qui nous montrera *pourquoi* certains sujets réagissent à la *Primula obconica* alors que d'autres n'y réagissent aucunement... Celui-là aura fait faire un pas immense à la question qui nous occupe.

II. — Et cependant la solution du problème qui nous importerait le plus, ce ne serait pas encore celle-là.

Ce serait de nous montrer comment on pourrait rendre réfractaire à une cause traumatisante reconnue, la peau qui s'y montre sensible. Ce jour-là, non seulement nous connaîtrions la pathogénie de l'eczéma, et son traitement, mais sans doute aussi le traitement d'affections microbiennes chroniques non eczématiques, telles que le sycosis par exemple.

Nous en sommes loin. Et c'est pour cela que je ne considère nos entretiens de l'heure présente que comme des travaux préliminaires. Grâce aux recherches concurrentes d'une foule de savants, nous pouvons prévoir quelque peu le sens des recherches à faire, mais pas plus.

En somme, nos anciens disaient qu'au-dessous de l'eczéma, il y avait

une propension du sujet à faire de l'eczéma : diathèse ou idiosyncrasie. Cette idiosyncrasie, nous la comprenons maintenant tout autrement qu'eux, car ils en faisaient un trouble organique ou humoral *profond*, tandis qu'elle nous apparaît le plus souvent être une sensibilité *cutanée*, anormale et exorbitante, à certains agents définis.

Mais telle que nous la comprenons désormais, l'idiosyncrasie reste un problème dont personne que je sache ne tient la solution, encore que nous puissions l'espérer prochaine.

P. Samberger (Prague). — **Sur l'eczéma.** — C'est la nature même de l'eczéma que S. s'attache à élucider d'après ses travaux d'anatomie pathologique. Pour lui, *l'eczéma ordinaire* aurait « deux substrata anatomo-pathologiques : d'abord l'inflammation superficielle et ensuite l'hypersécrétion de lymphe dans la région des papilles ». Tantôt l'un, tantôt l'autre l'emporte, d'où toute une série de formes cliniques dans l'eczéma aigu : « *eczema erysipelatoïdes*, le plus proche de la simple inflammation aiguë, *eczema papulatum, eczema vesiculosum, eczema bullosum, eczema matidans, eczema crustosum, eczema pemphigoïdes*, le type le plus semblable au pemphigus, c'est-à-dire résultant de la simple hypersécrétion de lymphe dans la région des papilles ». Les mêmes nuances se retrouvent dans l'eczéma chronique.

Chez l'homme normal l'hyperémie se produit plus facilement que l'hypersécrétion de lymphe. La plupart des eczémas supposent donc une fragilité spéciale de l'appareil lymphogène, ou de son régulateur, le système nerveux autonome.

Certains produits, primevères, certaines toxines peuvent pourtant créer l'eczéma de toutes pièces par leur action lymphagogue. De multiples substances, lymphagogues plus faibles, peuvent également produire le même effet quand elles agissent de façon prolongée.

De toute façon, le trouble pathologique qui commande cette catégorie d'eczéma s'exerce, non sur la partie inactive de la lymphe tissulaire, celle qui retourne vers le système veineux, mais sur sa partie active, celle qui provient des capillaires artériels et assure la nutrition des tissus. De telles formes méritent le nom d'*eczéma lymphatique*. A elles s'applique un médicament composé par S. (alysalum choléino-calcinatum) et qui est dirigé, non contre le trouble inflammatoire, mais contre le trouble lymphatique.

Tout autre est le tableau de l'*eczéma séborrhéique*. Ici à l'inflammation se combine, non pas un trouble lymphatique du corps papillaire, mais une production excessive de graisse dans les cellules cornées. La cause en est une vraie diathèse, extériorisée parfois à la faveur d'irritations locales.

Enfin, des combinaisons sont possibles entre l'eczéma vulgaire ou lymphatique et l'eczéma séborrhéique.

Arthur Whitfield (Londres). — **Autosensibilisation dans l'eczéma.** — Les faits suivants servent de point de départ à la thèse de W.

Certains purpuras offrent parfois des vésicules hémorragiques qui s'entourent d'une zone urticarienne. Des traumatismes avec ecchymose profonde ont été suivis d'une éruption érythémato-urticarienne dans un délai de 9 à 12 jours, et la généralisation de l'auto-hémothérapie a multiplié les cas du même ordre. Certains chirurgiens ont vu apparaître sur leur peau des traînées érythémateuses à la place auparavant souillée par un peu de sang. Enfin, chez un sujet goutteux et eczémateux, l'écoulement sur la peau saine du liquide des vésicules provoquait en peu d'instants une traînée rouge suivie d'une efflorescence urticarienne, enfin d'une série de vésicules semblables à celles de l'eczéma.

De ces faits presque expérimentaux, W. rapproche quelques cas cliniques. Par exemple, une plaque d'eczéma sec localisé, brusquement devenue prurugineuse, est soumise à un grattage de quelques minutes. Ensuite, elle s'infiltre et s'entoure de nouveaux éléments. Une plaque silencieuse d'eczéma variqueux soumise à un traitement inopportun se complique d'une poussée généralisée. L'exsudation et la résorption des produits de leurs propres tissus envers lesquels ils sont sensibilisés provoqueraient ces éruptions chez les patients. De même s'explique la persistance d'eczémas artificiels entretenus par des irritants banaux quand a disparu la substance responsable de leur production. Enfin l'apparition d'eczéma chez des infirmières soignant des eczémateux serait due à la sensibilisation envers leur sérum, non à une contagion à proprement parler. W. conclut en expliquant l'intolérance de certaines peaux pour certaines drogues par un degré exceptionnel de sensibilisation, non envers celles-ci, mais envers les propres produits tissulaires des patients.

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS LIBRES

Vues générales sur l'eczéma.

J. Darier (Paris) analyse les différents rapports, met en valeur les notions qui s'en dégagent et résume les idées qu'il a précédemment développées. L'acception du mot eczéma est avant tout morphologique, mais l'origine des lésions qui s'extériorisent est avant tout une réaction d'intolérance.

R. Sabouraud (Paris) (texte original). — Ceux d'entre vous que le problème étiologique de l'eczéma intéresse ont déjà lu mon rapport et en connaissent les conclusions. Je n'y ajouterai donc que quelques mots.

D'abord, à nous entendre, il semblerait que nous différons d'avis pres-

que sur tous les points, et moi je pense au contraire que nous avons presque tous les mêmes opinions et que seule diffère notre façon de les exprimer.

1. Nous reconnaissons tous qu'il y a des infections microbiennes chroniques de l'épiderme, à réaction eczématique.

2. Nous reconnaissons tous des dermites artificielles avec spongiose, vésiculation et suintement, créées chez certains par le soufre, la potasse, le ciment, etc...

3. Nous admettons tous que certains sujets sont excessivement sensibles à des agents vulnérants externes tels que les primevères, etc.

4. Enfin, dans un grand nombre d'épidermites analogues, nous cherchons un agent vulnérant semblable aux précédents, mais nous ne l'avons pas encore trouvé.

Tout cela revient à dire que pour nous tous désormais le problème des idiosyncrasies et des allergies (c'est-à-dire des sensibilités) innées ou des sensibilités acquises se pose en presque tous les cas d'épidermites chroniques ou récidivantes.

Et nous sommes conduits à croire qu'il existe des cas de réceptivité semblable aux microbes, qui feront chez certains des épidermites durables, alors que les mêmes microbes chez d'autres feront seulement des lésions passagères.

Or, cette communauté de notre pensée sur les points fondamentaux de la question est capitale, car c'est notre adhésion à tous ces faits qui est essentielle. Grâce aux travaux de Jadassohn, de Bruno Bloch, de Ravaut et d'une foule d'autres, nous commençons à comprendre le mécanisme de ce qu'on appelait l'eczéma. Nous suivons donc ces recherches avec le plus extrême intérêt.

Mais en attendant qu'elles nous conduisent à la solution complète du problème, il faut que nous adoptions un langage commun pour nous entendre.

Où commence et où finit l'eczéma ? Qu'est-ce qui est de l'eczéma et quels types morbides doivent en être retranchés. Voilà où apparaissent ou éclatent nos divergences. Pour moi, je trancherais la question d'une façon simple. Toutes les maladies dont nous connaissons la cause doivent être nommées par leur cause. C'est là un principe sûr et qui a toujours guidé la dermatologie depuis cinquante ans.

Par conséquent, tous les types eczématiques ou eczématoïdes dont nous connaissons la cause doivent être désignés par elle et *retranchés de l'eczéma.*

Il y a cinquante ans on appelait eczéma une foule d'épidermites microbiennes, maintenant reconnues et reconnaissables qui, dès à présent, ne font plus partie de l'eczéma.

L'épidermite du soufre n'est plus de l'eczéma, c'est la dermite du soufre — l'épidermite streptococcique n'est plus de l'eczéma, il faut la désigner par le streptocoque. L'épidermite causée par les primevères n'est plus de l'eczéma, c'est la dermite des primevères.

Et il est bien à remarquer d'ailleurs que chacun de ces types morbides, à mesure que sa cause est mieux définie, nous montre des caractères symptomatiques particuliers et personnels qui ne permettent plus qu'on les méconnaisse.

Autrefois, les épidermophyties des pieds et les oïdiophyties étaient confondues dans l'eczéma : maintenant on en fait à l'œil nu le diagnostic différentiel. On ne les confondait parmi les eczémas que parce que leurs caractères propres étaient méconnus.

Ainsi, donc, si l'on accepte ma façon de voir, la définition de l'eczéma devient très simple. Les eczémas sont toutes les épidermites vésiculeuses ou suintantes *dont nous ignorons la cause*. Et quand nous connaîtrons leur cause, elles sortiront de l'eczéma.

Cette façon de parler me paraît la seule rationnelle : si rationnelle que dès à présent elle s'est déjà imposée à nous. Quels dermatologistes parlent désormais de l'eczéma interdigital des pieds ? Aucun, sinon ceux qui ignorent encore que ces soi-disant eczémas sont des mycoses...

Donc, c'est l'opinion dermatologique universelle qui suit déjà et instinctivement la règle que je propose, parce qu'elle se conforme à une logique qui s'impose à tous.

Dès à présent le mot Eczéma ne désigne plus pour tous que les seules épidermites chroniques (ou aiguës — récidivantes) dont la cause nous reste inconnue. Et quand nous la connaîtrons pour toutes, eh bien, il n'y aura plus d'eczéma.

En résumé, ce qu'il faut bien mettre en lumière, c'est qu'à travers nos divergences de mots et de formules, — c'est-à-dire en ce qui concerne les faits eux-mêmes — nous sommes presque tous d'accord.

Ce qui nous sépare est une question de mots. Il nous faut résoudre cette question de la façon dont on l'a toujours résolue.

Comme toutes autres maladies, les épidermites doivent être nommées par leur cause.

Et ce sont celles dont nous ignorons la cause qui resteront de l'eczéma jusqu'à ce que nous en comprenions l'origine et le mécanisme.

G. Milian (Paris). — **L'eczéma (texte original).** — En présence d'un symptôme morbide, le médecin cherche d'abord quel est l'organe malade : l'hémiplégie, c'est le cerveau ; l'ictère, c'est le foie. Mais quand nous voyons l'altération de la peau du myxœdème, nous savons que ce n'est pas la peau qui est primitivement atteinte, c'est le corps thyroïde.

L'eczéma est une affection de la peau due à l'altération du système sympathique vaso-moteur. Les raisons en sont les suivantes : le prurit, symptôme initial qui précède la vésicule, est dû non aux nerfs sensitifs usuels, mais au système sympathique. Le tabès, maladie du système sensitif, ne s'accompagne pas de prurit.

Par contre, les affections vaso-motrices, comme l'urticaire, s'en

accompagnent obligatoirement. La congestion, l'œdème papillaire, la spongiose consécutive, sont également du même ordre, et la vésicule eczématique n'est que l'aboutissant de tout cela, aboutissant qui est d'ailleurs d'une extrême banalité.

Il nous apparaît donc que l'eczéma est une maladie du système sympathique vaso-moteur, et il nous est permis, de par la clinique, de penser qu'il y en a deux localisations anatomiques principales : l'eczéma d'origine périphérique, comme l'eczéma du sein, de la gale, par exemple ; l'eczéma d'origine centrale, siégeant, par exemple, d'un seul coup à la tête et aux avant-bras ; localisation simultanée tellement usuelle qu'il ne peut y avoir pure coïncidence, et qu'une cause nerveuse centrale y doit présider (sympathique cervical, colonne de Clarke).

Étiologie. — Étant donné cette façon d'envisager les choses et de raisonner comme pour les autres maladies, il devient obligatoire d'en diviser les causes comme pour les autres maladies. Il y a des causes efficientes, prédisposantes et déterminantes.

Les causes efficientes, c'est-à-dire altérantes, sont les causes habituelles des maladies générales.

Infectieuses ou parasitaires	aiguës . .	streptocoque levures *acarus scabiei*.
	chroniques .	tuberculose (usuel) goutte (usuel) syphilis (plus rare).
Chimiques	. . . . .	qui sont avant tout des vaso-dilatateurs le ciment l'eau de Javel la primevère la paraphénylènediamine.
Physiques.	. . . . . .	traumatismes répétés lumière.

Ce tableau n'a pas la prétention d'être complet.

Causes prédisposantes. — La lésion nerveuse peut rester latente, mais la vaso-motricité cutanée n'en est pas moins méiopragique, et tous irritants externes peuvent la réveiller, comme la marche réveille la claudication intermittente.

La lésion constituée est devenue une prédisposition qu'il est inutile d'appeler sensibilisation. En dehors de cette prédisposition capitale, la chaleur, le froid sont des causes prédisposantes considérables en matière d'eczéma, la chaleur favorisant les eczémas aigus, le froid des eczémas torpides cyanotiques qui relèvent usuellement de la tuberculose.

Les causes déterminantes sont toutes les causes externes ou internes qu'il me paraît inutile d'appeler antigènes, pas plus que je n'appelle cliniquement antigène le pneumocoque de la pneumonie (quoiqu'il serve pour fabriquer les anticorps qui amènent la guérison).

Le traumatisme, le séjour répété des mains dans l'eau, l'émotion, tous les irritants externes ou internes (absorption de vin, repas copieux, digestion laborieuse, mets vaso-dilatateurs) déclenchent la méiopragie, mais sans avoir rien de spécifique, tant le système sympathique surtout lésé est sensible à des irritants impondérables (l'émotion, la frayeur, le chagrin).

Mais on peut dire que toutes ces causes déterminantes qu'on étudie avec tant de passion et de néologismes dans l'eczéma ne sont que des accessoires dans la cause véritable de l'eczéma.

Au contraire, une poussée de tuberculose, de goutte, de syphilis devient une cause à la fois efficiente et déterminante capitale, et je sais bien qu'il m'a suffi de quelques granules de colchique pour guérir une poussée d'eczéma reconnu goutteux.

Le syndrome eczéma (j'ai indiqué depuis longtemps cette façon de considérer l'eczéma : Milian, L'eczéma tuberculide, *Paris Médical*, 1920, XXXV, p. 206) ainsi considéré prend sa place très simplement dans la pathologie.

Cela a en outre l'avantage d'expliquer très simplement à la fois les parentés et les associations morbides dudit syndrome en les faisant relever tous d'une étiologie unique pour le même malade, de même que Babinski a montré que l'insuffisance aortique n'était pas un trouble trophique du tabès, mais qu'insuffisance aortique et tabès relevaient de la syphilis. De même l'asthme, la migraine, l'eczéma sont des résultantes d'une même, non pas diathèse, mais infection chronique, comme la tuberculose, par exemple.

Et nous nous expliquons ainsi fort bien les alternances morbides, si profondément vraies, si exactement observées par tous les anciens auteurs, et, en dernier lieu par Brocq, l'eczéma cessant à l'apparition d'une fistule anale par exemple, et reparaissant à la fermeture de celle-ci. En pareille matière, la tuberculose nous offre assez souvent de semblables faits : tel un jeune malade de mon service atteint d'un vieux lupus de toute la face, qui est aujourd'hui (en 2 mois), presque entièrement effacé, depuis que s'est déclaré un abcès froid du tibia qui s'est fistulé et suppure abondamment. C'est l'effet des vaccins qui provoque la formation d'anticorps capables d'agir à distance.

Aussi, nous apparaît-il aujourd'hui qu'il y a des formes multiples cliniques de l'eczéma. Mais leur étude nous entraînerait trop loin pour cette discussion limitée. Aux causes que nous avons énumérées, il y a des aspects cliniques différents, de même qu'au point de vue thérapeutique chacun doit être soigné suivant les complexes qui le constituent.

Petges (Bordeaux). — P. résume brièvement les signes cliniques et histologiques que synthétise le mot d'eczéma. Il demande qu'en ce qui concerne ce dernier, la terminologie se précise comme elle l'a fait pour d'autres syndromes de pathologie interne tels que la néphrite. Il

n'y a plus aujourd'hui de néphrite, maladie essentielle, mais des néphrites. « La terminologie a gardé pour le syndrome le mot qui désignait auparavant une maladie, complété par le qualificatif propre à indiquer la cause quand on la connaît ». De même y a-t-il non pas un eczéma, mais des eczémas, à qualifier selon le même principe. « Ces considérations seraient superflues si, justement, la question mise à l'ordre du jour ne parlait pas de l'eczéma, et non des eczémas, et si une tendance ne se faisait jour d'arriver à supprimer le diagnostic d'eczéma dès que sa cause est connue. »

Pr Lodovico Tomassi (Palerme). — T. accepte la conception morphologique soutenue par Darier et reconnaît l'importance à la base de l'eczéma d'une hypersensibilité allergique envers des facteurs exogènes. Cette dernière ne doit pourtant pas effacer le rôle parfois dominant des facteurs internes, et qui peut se révéler par exemple dans la détermination du type clinique. « Entre l'eczéma mammaire obstiné post-scabieux qui guérit par l'opothérapie, les eczémas ponctués, presque tuberculides de quelques scrofuleux, et celui survenant par places, sec, très prurigineux, localisé à des sièges bien connus chez les alcooliques ou les hyperuricémiques, il y a une telle différence jointe à une telle constance de siège et de type, qu'on ne peut admettre que le tout dépende d'une hypersensibilité cellulaire analogue et identique à des antigènes exogènes accidentels. » D'ailleurs, dans de nombreux cas, l'allergie envers des facteurs exogènes représente une cause par elle-même insuffisante, et qui n'est rendue apte à la production de l'eczéma que quand s'y ajoutent des facteurs d'origine interne, états pathologiques périodiques ou occasionnels, tels qu'on peut les voir dans les anomalies constitutionnelles ou d'ordre métabolique. T. a pu constater qu'un régime purinique aggrave les eczémas, quel que soit leur type. Une allergie obstinée a pu d'autre part régresser sous l'influence du traitement d'une syphilis ou d'une chlorose concomitantes.

En somme, « souvent, même dans les cas où l'on est convaincu de l'existence d'un état allergique, en vain cherche-t-on l'allergène ou tente-t-on une désensibilisation spécifique, alors que la rétrocession s'obtient plus aisément, même si elle n'est point définitive, par des traitements destinés à améliorer les états pathologiques de fond ou coexistants ».

Outre ces facteurs internes, il faut faire intervenir dans l'eczéma l'habitude acquise par la peau ou certaines plages cutanées à réagir selon un certain type, qui tend à s'installer ou à reparaître plus facilement qu'au début. Ainsi s'expliquent la persistance de dermatoses allergiques même après suppression de leur cause, la tendance de plus en plus marquée à des récidives provoquées par des excitations de moins en moins spécifiques, enfin la nécessité et l'efficacité des topiques.

Samuel Ayres (Los Angeles). — A. insiste sur quelques facteurs de l'eczéma signalés dans ces dernières années et dont lui-même a relevé l'importance. Tels sont les états de dépression émotive. Telles aussi les lésions des sinus nasaux agissant à la fois comme foyers d'infection et source d'irritation du ganglion sphéno-palatin. « Un cas d'eczéma généralisé durant depuis 10 ans et associé à de l'asthme fut complètement guéri à la suite d'une injection d'alcool dans le ganglion sphéno-palatin destinée au soulagement de l'asthme. Une rechute ultérieure des deux symptômes fut de nouveau soulagée par une injection dans le ganglion. »

D'autre part, grande est l'importance d'un métabolisme défectueux des hydrates de carbone. Il faut le rechercher par les épreuves de tolérance du glucose, bien plus utile que la simple détermination du taux de sucre du sang. Enfin une digestion pancréatique incomplète de l'amidon et des graisses est à rechercher. La réduction du taux d'amidon du régime alimentaire avec administration simultanée d'extraits pancréatiques enrobés pendant deux mois ou plus serait souvent suivie de brillants succès, notamment dans l'eczéma infantile.

Desaux (Paris). — Les conclusions de Darier se rapprochent de celles de L. Brocq.

Eczéma type *morphologique* clinique (Brocq), histologique (Darier), *réaction cutanée* se développant sur des sujets *prédisposés* (Brocq), processus ou réaction *d'intolérance* (Darier). L'intolérance de Darier se rapproche de la prédisposition morbide de L. Brocq.

Il faut poser le problème de la spongiose avec vésiculation sous une forme biologique : réactions protoplasmiques malpighiennes, évacuation des déchets cellulaires, variations du *p*H, gonflement de la substance interstitielle épidermique (colloïde intercellulaire), qui se gonfle en absorbant le plasma issu des capillaires (rôle des facteurs d'œdème et des troubles nerveux, sensitifs, sympathiques, endocriniens dans la transsudation plasmatique).

A. M. Gray (Londres). — « Eczéma » est un terme clinique, appliqué depuis l'époque de Hébra à divers types de dermatite catarrhale superficielle. Il est difficile de changer cette acception, à moins qu'on ne puisse prouver que l'eczéma est une maladie définie due à une seule cause, ou bien à moins que les cas dus à l'action d'irritants spécifiques ne soient désignés par une étiquette différente. Cette dernière alternative est à recommander, mais une différenciation nettement tranchée demeure néanmoins difficile. L'expression d'eczéma allergique n'améliore pas la terminologie.

Jausion (Paris). — La sensibilisation, origine de l'eczéma, selon P., « dépend essentiellement pour chaque malade d'un système neuro-végé-

tatif susceptible, capable d'entrer en résonnance avec un nombre chaque jour plus grand d'excitants spécifiques ». Comme autres traits de tels sujets, J. note un retard du métabolisme hydrique, une prédominance vagotonique et une tendance à l'éosinophilie sanguine au cours des paroxysmes. Ce sont des « vago-séborrhéiques », pour qui les antigènes ne sont « que des prétextes à réagir », en somme des intolérants. Mais tout en approuvant l'opposition établie par Tzanck entre l'intolérance et l'intoxication, J. critique la pathogénie que leur attribue cet auteur, action physique pour la première, chimique pour la seconde, et objecte que toute forme de la matière ou même de l'énergie peut produire des effets nocifs répondant à l'un ou à l'autre type.

Au point de vue traitement, les clasines préparées par J. à partir des divers parasites en cause agissent à la fois sur les lésions primitives et sur les allergides et notamment les eczémas qui en résultent. Quant aux formes dyscrasiques ou constitutionnelles, J. et Paléologue ont proposé de se servir pour lutter contre elles de l'auto-ourothérapie.

Eczéma et sensibilisation ou intolérance.

P. Ravaut (Paris). — R. prend acte que presque tous les rapporteurs font aujourd'hui de l'eczéma une maladie de sensibilisation, thèse soutenue par lui dès 1923 au Congrès de Strasbourg. Après avoir exposé les différentes phases marquant ce retour à la pathologie humorale, R. schématise la question en la ramenant à l'intervention de deux grands facteurs, l'antigène et la sensibilisine. Inactifs isolément, ils ne produisent l'eczéma qu'en se combinant.

L'*antigène* est représenté par de très nombreux corps venant de l'extérieur ou se produisant dans l'intérieur de l'organisme, présents à doses parfois infinitésimales, mais devenant actifs par la répétition de la mise en contact.

Quant à la *sensibilisine*, nous soupçonnons au moins certaines des conditions qui la font naître. « Elle ne se forme pas chez tous, elle peut être transmise héréditairement ou s'acquérir peu à peu à l'occasion de divers incidents ». Tantôt sa présence peut être passagère, liée à diverses perturbations externes ou internes. Tantôt elle est plus constante et fait partie intégrante de la constitution humorale, « elle résulte des diverses perturbations que certaines agressions pathologiques acquises ou héréditaires ont fait subir à nos divers organes », d'où une véritable « diathèse de sensibilité ». Souvent nous connaissons l'incident auquel on doit rattacher cette instabilité humorale spéciale. « Le plus souvent, cet état s'est créé insidieusement sous l'influence d'infections chroniques agissant sourdement sur divers points de l'organisme : De toutes, les plus fréquentes sont la tuberculose et la syphilis, surtout héréditaire. » En somme, le rôle du terrain est capital, et R. reproche aux rapporteurs de ne pas l'avoir assez pénétré.

De la combinaison de l'antigène et de la sensibilisine, inactifs séparément, résulte un produit nouveau auquel R. donne le nom de *clasogénine*. C'est lui et ses divers types qui sont en cause dans les maladies par sensibilisation.

Partant de ces données, R. classe d'après leur mode de production trois types fondamentaux de l'eczéma.

1° Un antigène banal, parasitaire ou chimique, crée une lésion qui, au lieu de se guérir, s'eczématise sur place s'il existe une sensibilisine : « Il y a donc des eczémas qui naissent sur place, à l'endroit même où l'antigène s'est localisé : ce sont les dermites eczémateuses, *les eczématisations* qui sont bien connues et peuvent s'étendre en tache d'huile assez loin de leur point de départ. »

« Un second type d'eczéma peut se manifester chez ces mêmes malades d'une toute autre façon. Souvent, au cours de ces dermites eczématisées, quel qu'en soit l'antigène initial, peuvent apparaître à distance des lésions eczématiformes presque toujours symétriques, et répondant au type clinique étudié par Brocq sous le nom de *parakératoses* et par M. Darier sous celui *d'eczématides*. »

Tenues par Brocq pour des lésions secondes en rapport avec des foyers primitifs, elles tiennent ce rang à titre de manifestations allergiques d'après ce qui ressort des travaux de R. et de ses élèves. Chez des malades atteints d'intertrigos à levures, R. a observé, à distance du foyer primitif, l'apparition de foyers symétriques eczématiformes et stériles. Ayant mis en évidence l'état de sensibilisation par les tests usuels à l'aide d'une levurine, il put en outre, par injection intradermique au sujet, provoquer des eczématides stériles s'étendant en tache d'huile pendant plusieurs semaines.

Peu après, des recherches cliniques et expérimentales identiques permirent à R. la même démonstration quant à l'existence et à la nature allergique de lésions secondes eczématiques chez deux malades atteints primitivement l'un d'intertrigo streptococcique, l'autre de dermite artificielle produite par l'eau de Javel.

« Chez tous ces malades, en agissant directement et uniquement sur la cause première, nous avons vu disparaître d'elles-mêmes les lésions secondes, ce qui prouve une fois de plus la nature du lien qui les unit. » Mais ces cas de démonstration sont relativement rares, lésions primitives et secondes pouvant s'enchevêtrer, des infections secondes pouvant d'autre part compliquer la question de ces *eczémas seconds* selon le terme de R.

Enfin un troisième type d'eczémas dits *diathésiques* se manifeste par des lésions, à type eczémateux d'emblée, et qui se produisent presque toujours brusquement et symétriquement. Malgré leur apparence de lésions primitives, R. croit que ces formes sont également des réactions secondes, mais à foyer initial dissimulé. « En appliquant à ces eczémas les méthodes d'étude permettant de révéler les états de sensibilisation,

en tâtant la susceptibilité des malades aux divers antigènes dont on soupçonne l'intervention..., on parviendra parfois à dépister la cause initiale. Même si elle se dérobe à nos recherches, il nous reste au moins cette ressource thérapeutique de faire disparaître la maladie en nous adressant au terrain sur lequel elle évolue. »

En somme pour R. tout eczéma est une réaction seconde dû à la rencontre d'un antigène et d'un terrain spécial. La thérapeutique devra donc, si l'antigène est connu, tenter de le détruire localement, ou de le neutraliser (vaccins, etc.). On traitera aussi le malade selon la nature du terrain, pour empêcher la production de la sensibilisine ou en atténuer les effets. Tuberculose, syphilis, seront fréquemment en cause, cette dernière relevant d'un traitement prolongé par voie buccale pour éviter les chocs thérapeutiques. Enfin, pour atténuer les effets de la clasogénine on pourra, par les moyens dits antichocs, agir soit sur l'état humoral (hémothérapie et ses variantes, peptone, hyposulfite de soude, magnésium, eaux minérales, etc.), soit sur les organes (opothérapie), soit sur le système nerveux (pilocarpine, morphine, hypnotiques, etc.). En général, d'ailleurs, les méthodes de désensibilisation ne sont que palliatives, seules étant curatrices celles qui s'adressent à l'antigène ou au terrain.

H. Tzanck (Paris). — Des analogies frappantes existent entre l'eczéma et toute une série de dermatoses (urticaire, prurigos, strophulus, etc.). « Comme l'eczéma, elles ont le caractère d'être prurigineuses, de survenir pour des antigènes très divers, d'être spontanément résolutives, d'évoluer par poussées, de subir l'influence du terrain, de présenter des manifestations humorales semblables, d'évoquer les mêmes problèmes pathogéniques et d'impliquer les mêmes directives thérapeutiques. » Ces mêmes caractères se retrouvent dans des maladies d'autres organes (asthme, rhume des foins, goutte, certaines migraines, etc.). L'intolérance qu'expriment tous ces états est le lien commun qui les groupe, tandis que leur morphologie différente légitime leur séparation. Le processus réactionnel qu'ils expriment est foncièrement distinct de celui de l'intoxication. Il est du même ordre par contre que l'anaphylaxie, l'allergie, la colloïdoclasie, mais sans se confondre avec elles.

Gardner Hopkins, J. et Beatrice Kesten (New-York). — **Sensibilisation spécifique dans l'eczéma.** — Sur 180 patients non sélectionnés, atteints d'eczéma, de lichen de Vidal ou de dermatite séborrhéique, les auteurs ont surtout voulu dégager les causes responsables des diverses formes d'eczéma. Dans ce but ils mirent en œuvre les diverses épreuves transcutanées ou intradermiques. « Les patients sensibilisés aux œufs, au lait ou au froment réagirent fréquemment à une protéine particulière isolée des aliments, mais non à l'extrait protéinique total. Les épreuves faites avec les substances envers lesquelles un patient était connu comme

sensible furent quelquefois négatives, spécialement durant l'acmé de son éruption. Le diagnostic par des régimes d'élimination selon la méthode de Rowe fut possible lorsque les réactions de la peau étaient négatives ou indistinctes. »

Les résultats obtenus furent les suivants :

Dans quelques cas la sensibilisation était entièrement d'origine alimentaire. Ils étaient curables par le régime. Dans la plupart, le rôle exclusif d'un aliment en particulier ne put être démontré. Plusieurs fois enfin, diverses substances agissant par contact, la *monilia albicans* ou le trichophyton étaient en cause, où encore des germes de la poussière semblent avoir joué un rôle.

Des réactions furent obtenues par des extraits de staphylocoque pyogène, spécialement dans le lichen de Vidal, la dermatite séborrhéique et chez les patients sensibilisés à des aliments. Parfois des anticorps furent mis en évidence par la transmission passive. Le sérum contenait souvent des anticorps hétérophiles.

De leurs travaux, les auteurs déduisent les points suivants :

La capacité de sensibilisation est fréquemment innée, mais non la sensibilisation même.

Dans l'eczéma, la sensibilisation existe plus souvent envers des antigènes multiples qu'envers un seul.

« Les eczémas du premier âge sont habituellement dus à une sensi-
« bilisation envers les aliments. Une désensibilisation spontanée a lieu
« le plus souvent durant l'enfance. Dans quelques cas cependant, les
« premières sensibilisations persistent et d'autres sont progressivement
« acquises. » Les diverses matières inhalées ou germes rencontrés peuvent alors assumer le rôle d'antigène. L'état inflammatoire alors persistant et des infections secondaires produisent des changements dans la structure de la peau. Néanmoins, l'association fréquente d'urticaire, d'asthme, etc., et la constatation souvent faite d'anticorps sériques distinguent ces formes des dermatites toxiques ou de l'eczéma artificiel.

« Les eczémas apparus chez l'adulte sont rarement dus aux aliments. Un petit nombre d'entre eux est dû à une sensibilisation par le contact. Beaucoup sont l'expression d'une sensibilisation spécifique envers des bactéries ou des champignons. »

Brünauer (Vienne). — B. approuve la séparation établie par Jadassohn entre l'eczéma et les névrodermites. Il rappelle néanmoins, en ce qui concerne ces dernières, que la sensibilisation y joue un rôle et signale entre autres causes qu'elle pourrait s'exercer envers les albumines incomplètement transformées par un suc gastrique hypo-acide.

Eczéma et système nerveux.

Kristjansen Aage (Copenhague). — **Eczéma vrai de pathogénie neurotique.** — Chez une jeune fille atteinte d'encéphalite chronique, appari-

tion d'un eczéma suintant typique avec semis serré de vésiculettes, mais strictement limité au côté gauche du cou, de la poitrine et de la nuque, plus l'épaule gauche et la zone de distribution brachiale des nerfs cervicaux.

La distribution en partie segmentaire (mais non pas aussi strictement que dans les dermatoses causées par des affections spinales) plaide en faveur d'une origine encéphalitique, le processus en cause semblant avoir intéressé le centre autonome du diencéphale.

Kreibich (Prague). — La preuve que des irritants physiques jouent le rôle d'allergène devrait être cherchée par la transmission passive. Elle n'est pas encore complètement fournie. La nature allergique de certains eczémas n'a d'ailleurs pas pu être démontrée. Bloch n'a pu accomplir la transmission passive. Les travaux pharmacologiques de Perutz ramènent l'allergie et les fluctuations de la labilité sur le terrain du système nerveux végétatif : elles se répercutent jusque dans les vaisseaux et les cellules périphériques. Des modifications de la régulation nerveuse peuvent expliquer à la fois l'irritabilité des vaisseaux, les hypersensibilités cutanées locales, les sensibilisations d'un territoire linéaire, métamérique, et la possibilité d'influencer l'eczéma par irradiation de la moelle épinière ou par l'intermédiaire des glandes endocrines.

Eczéma parasitaire.

Carle (Lyon). — Le résultat du traitement, le test thérapeutique doit être utilisé dans le diagnostic de l'eczéma. Il est fréquent, en effet, de voir un traitement antiparasitaire banal guérir par applications externes des streptococcies inguinales, des éruptions médiothoraciques résistant depuis des mois à des régimes sévères et des médications internes variées.

C. voudrait avec Sabouraud voir écarter de l'eczéma toutes les dermatoses microbiennes ou mycosiques connues, comme aussi les séborrhéides et les névrodermites. « Pourquoi, demande C., le praticien, en présence d'une streptococcie, peut-il perdre des semaines et des mois à employer des médications internes ? Parce qu'il est influencé par ce diagnostic d'eczéma qu'il a appris à appliquer à ces lésions grâce à l'enseignement du livre et de la Faculté. Dans son esprit, ce diagnostic comporte toujours une origine interne, diathésique ou constitutionnelle dans le sens le plus large du mot. Au lieu que toute autre épithète, impliquant l'origine véritable, microbienne ou mycosique, aurait entraîné un traitement adéquat et une rapide guérison. »

C'est donc du point de vue de l'instruction des praticiens que serait utile ce déblayage du terrain de l'eczéma, la réalité de ce dernier n'étant d'ailleurs nullement contestée par C.

G. Petges (Bordeaux). — **L'eczéma mycosique.** — Provoquée et entretenue par des agents mycosiques filamenteux ou des levures, cette forme très fréquente, décrite par P., cause la majeure partie des réactions eczématiques génito-ano-fessières ou sous-mammaires. Il est particulièrement fréquent chez les diabétiques. Revêtant le type de l'eczéma vrai, suintant, il se distingue « par la netteté de ses limites, par l'intensité constante d'un prurit à prédominance nocturne, par l'intolérance aux pâtes, crèmes et pommades qui ne le guérissent ni ne l'améliorent. Au contraire, il est très vite amélioré par les pommades à la chrysarobine et par les badigeonnages à la teinture d'iode diluée ».

Son acuité le différencie de l'eczéma marginé de Hébra, la présence *in situ* du parasite des réactions eczématiques et parakératosiques décrites par Ravaut et Rabut.

P[r] Ramel (Lausanne). — L'eczéma est un syndrome cutané de nature allergique, né du conflit d'un antigène, parasitaire ou non, et d'anticorps spécifiques. La réalisation du contact pathogène doit donc permettre de le reproduire à volonté. R. s'est intéressé à la liaison possible entre les oïdiomycoses cutanées et certains eczémas. Chez 91 sujets dont l'intradermo-réaction était positive à l'oïdiomycine, le test eczématogène correspondant a fait naître entre ses mains 10 fois seulement un eczéma vésiculeux typique. Cette faible proportion de succès s'explique surtout par la résistance de la peau intacte. « Si, en effet, au lieu de procéder à l'application du test habituel, nous appliquons le vaccin oïdiomycosique sur l'épiderme préalablement scarifié, nous obtenons un résultat positif dans une proportion beaucoup plus grande, et la réaction clinique qui en résulte n'en correspond pas moins à l'image d'une dermite érythémato-vésiculeuse. » Dans ces conditions, la proportion de succès sur les malades ayant une intradermo-réaction positive est presque de 100 o/o. Le rôle du traumatisme cutané dans la genèse de ces eczémas est donc de haute importance. Quant aux oïdiomycètes eux-mêmes, ils sont très ubiquitaires. Aussi les plaies, en particulier les ulcères variqueux, offrent-elles des conditions favorables à une sensibilisation par ces germes et à la naissance d'un de ces eczémas dits paratraumatiques, dans les vésicules duquel nous pourrons trouver ou non des oïdiomycètes selon que l'eczéma résultera de la présence de toxines ou de celle du germe *in situ*.

Matras August (Vienne). — **Sur l'eczéma mycosique des mains et sa pathogénie.** — Sur un grand nombre d'affections des mains et des pieds étudiées en été 1929 à la clinique dermatologique universitaire, M. put dans la grande majorité des cas déceler le champignon de Kaufmann-Wolf par examen direct et culture. Ceci pour les lésions des pieds. Par contre, les recherches faites sur les mains ne donnèrent que rarement des résultats positifs. Parmi les quelques-uns

pourtant ainsi obtenus compte un cas typique de *dysidrosis lamellosa sicca*. La recherche de l'allergie à la trichophytine donna un résultat positif dans une forte proportion des cas.

BENEDEK (Leipzig). — B. soutient la nature parasitaire de l'eczéma séborrhéique de Unna. Il a pu isoler des squames un champignon spécial, le *Schizosaccharomyces hominis*, le cultiver à partir de celles-ci et plus tard du sang circulant même, enfin, en l'injectant sous la peau du cobaye, reproduire le tableau histologique de la maladie. A ces faits expérimentaux comme aux faits cliniques s'appliquait justement l'appréciation de Kreibich que, dans l'eczéma séborrhéique, l'inflammation est d'origine interne et non externe.

Dr MILAN KITCHEWATZ (Belgrade). — Sur 110 malades atteints d'affections strepto ou staphylococciques, K. a compté que 62 o/o présentèrent des lésions eczémateuses. 33 étaient atteints de streptococcie, 19 de staphylococcie ; dans 10 cas, streptocoque et staphylocoque coexistaient. L'intradermo-réaction fut positive envers l'antigène correspondant.

K. distingue deux éventualités :

1° Les lésions primaires s'accompagnent de lésions eczémateuses.

2° Les lésions primaires sont suivies après une seconde incubation de lésions secondaires qu'accompagnent des lésions eczémateuses.

Le rôle d'antigène joué ici par les streptocoques ou les staphylocoques s'affirme par les faits suivants : présence du microbe, intradermo-réaction positive, apparition de nouveaux éléments ou d'une réaction focale par injection de vaccin, provocation de nouveaux éléments d'eczéma à l'aide de la culture, amélioration et guérison par vaccinothérapie.

Eczéma et métabolisme.

ALFRED PERUTZ (Venise). — **Sur l'influence du métabolisme de l'eau dans l'eczéma aigu.** — Les recherches d'Engels ont montré l'aptitude de la peau à emmagasiner l'eau. Or, sa teneur en eau augmente dans les dermatoses inflammatoires (Urbach), et notamment dans l'eczéma aigu. L'épreuve de Mc Clure et Aldrich donne par ailleurs dans l'eczéma de l'adulte des résultats inconstants. Elle montre pourtant l'existence de troubles dans cette fonction de la peau, bien que le temps d'effacement de la papule urticarienne produite par l'injection de la solution salée dépende d'autres facteurs que de la richesse en eau des téguments (notamment du *p*H des colloïdes tégumentaires ou de leur état de chloruration).

P. s'est attaché à obtenir l'élimination de l'eau emmagasinée en excès dans le derme sous l'influence d'états inflammatoires. Le régime lacté tel que le comprend Jean Meyer ne lui donna de succès que dans

des eczémas ou dermatites généralisés. La chute de poids produite est un des moyens essentiels d'appréciation des résultats. Elle est obtenue par le régime des fruits comme par celui du lait. Elle correspond à la fois à la diurèse et à la déshydratation cutanée. En même temps a lieu un accroissement des chlorures urinaires. L'effet déshydratant de cette thérapeutique ne tient pas longtemps ; peu après, le malade reprend du poids et le tableau clinique s'aggrave. Aussi des diurétiques doivent-ils être prescrits conjointement avec le régime lacté. Par eux seuls, ils ne peuvent réaliser autant d'effet que deux jours de régime au lait ou aux fruits. Après le régime, la théophylline ne donne que des succès inconstants. Le résultat est bien meilleur quand on combine celle-ci avec le luminal, car la mise hors de cause des centres mésencéphaliques par ce médicament renforce l'action de la théophylline. La codéine exerce également semblable influence, mais par une voie différente : son action inhibitrice sur le centre respiratoire entraîne une élévation du *p*H du sang et une acidification des tissus. L'auteur n'a pas voulu utiliser les diurétiques mercuriels tels que le novasurol, à cause de leurs dangers chez des poly-allergiques, tels que le sont souvent les eczémateux.

Paul Blum (Paris). — 1° *Insuffisance rénale et eczéma.* — La rétention de produits toxiques liée à l'insuffisance rénale facilite l'apparition d'éruptions eczématiformes. B. a pu le vérifier de façon presque expérimentale chez trois eczémateux à rein insuffisant et azotémie élevée qu'il traitait par auto-hémothérapie. Une éruption eczématiforme apparut au lieu même de l'injection.

2° *Insuffisance respiratoire et défaut de régime alimentaire dans la pathogénie de l'eczéma.* — B. a pu modifier notablement des eczémateux en les soumettant aux mesures suivantes :

a) régime alimentaire comportant avant tout réduction de l'eau (en tenant compte aussi bien de celle absorbée en nature que de celle qui entre dans la constitution de certains aliments), ensuite réduction du pain ;

b) modification de la gymnastique respiratoire, d'où obtention d'un meilleur métabolisme des graisses et de l'eau.

Wallhauser (New-York). De l'observation d'un millier de cas d'eczéma à type récurrent en relation avec une hyperacidité urinaire, W. déduit ce qui suit.

Les cas en question se distinguaient par une irruption aiguë de l'état inflammatoire, d'abord sur les zones où était surtout prononcée une transpiration anormalement abondante. L'éruption se généralisait ensuite plus ou moins. La titration de l'acidité urinaire donna des chiffres allant du double au quintuple de la normale. Quand un régime adéquat réduit et maintient rapidement cette hyperacidité, la guérison

est généralement durable. Par contre, quand l'hyperacidité persiste à reparaître, il s'agit d'une maladie cardio-vasculaire ou rénale avec présence d'albumine et de déchets urinaires. En somme, ou bien l'amélioration du métabolisme par le régime guérit ce type d'eczéma aigu récurrent, ou bien son caractère rebelle joint à la présence dans l'urine de produits pathologiques appelle l'attention sur une maladie cardio-vasculaire ou rénale souvent encore à son début.

Eczéma par cause physique ou chimique.

Jausion, Hubert, Sohier, R. et A. Pecker (Paris). — **Les eczémas solaires et leur traitement.** — A côté des actinites simples et des affections photobiotropiques se classe le groupe des actino-anaphylactoses où entre, à côté de l'urticaire, l'eczéma solaire et qui sont liées à un conflit antigénique. Quatre facteurs interviennent dans leur production : la lumière, son catalyseur et un antigène chez un susceptible. « Les radiations spectrales en cause se recrutent plus spécialement dans la zone actinique, ultra-violet en particulier. »

La guérison de l'eczéma solaire s'obtient par l'association d'hyposulfite de soude et de résorcine.

P. S. Meyer. — L'eczéma produit par la lumière a été récemment étudié dans ses rapports avec la sensibilisation. Miescher montra que l'accoutumance à la lumière occasionne un épaississement de la couche cornée, processus qui ne serait à exclure de celui de la désensibilisation qu'autant qu'on aura montré que celle-ci, en d'autres circonstances, n'entraîne pas le même effet. Sur des souris sensibilisées envers l'éosine, M. a obtenu une accoutumance à la lumière, au point que, dans la plupart des cas, la dose antérieurement mortelle était tolérée.

Ciambelotti (Sienne). — L'allergie est une réaction de défense, mais imparfaite, même quand elle atteint son but. Elle implique donc une aptitude à la résistance diminuée par le concours de circonstances variées, héréditaires ou acquises, durables ou passagères. L'acquisition de propriétés agressives envers l'allergène comporterait alors, lors de la destruction de celui-ci, la formation de produits secondaires, peut-être semblables à l'histamine, et toxiques à la fois pour l'allergique et pour n'importe quel individu normal. Le sérum de l'allergique les forme *in vitro* en présence de l'allergène, et là-dessus est fondée l'épreuve de transmission passive de l'état allergique à un sujet vierge, qui consiste à provoquer chez lui une cuti-réaction à l'aide d'un mélange de sérum d'allergique et d'allergène.

D'autre part, souvent des dermatoses à type d'urticaire ou d'eczéma résultent non pas d'un état allergique, mais de l'action cutanée directe de toxiques ou de toxines que la peau a pu soustraire à la circulation

pour la sauvegarde d'organes plus délicats et moins aptes qu'elle à la défense. Le diagnostic de ces formes, à distinguer des formes allergiques, sera rendu plus facile par la négativité des épreuves de transmission passive du type de Prausnitz et Kustner ou de celle proposée par C.

Feit (New-York). — Pour F. l'arsenic jouerait un grand rôle comme facteur d'eczéma. Sa source habituelle serait la nourriture, la boisson, les fruits, les substances insecticides. Sur mille cas d'eczéma de l'adulte, après administration de thiosulfate de soude, F. trouva un excès d'arsenic dans 30 o/o des cas. Quand l'examen de l'urine d'enfants du premier âge révélait un excès d'arsenic, on le trouvait aussi dans le lait de leur mère. Des cas rebelles aux rayons X et aux différentes onctions sont guéris par des injections intraveineuses de thiosulfate de soude. La dose donnée va de 0,50 à 1 gr. 50.

E. Hoffmann. — H. insiste sur la place particulière des croûtes de lait du nouveau-né (*Crusta lactea*), affection qu'avec d'autres auteurs, il sépare de l'eczéma typique. Elle se rencontre surtout chez les enfants au sein, mais parfois aussi au lait de vache. H. l'attribue à l'irritation produite sur les glandes cutanées de l'enfant par les substances hormonales dues aux modifications ovariennes ayant alors lieu, substances qui passent dans le lait.

H. insiste d'autre part sur la différence qui existe à l'égard de la parakératose et de l'éosinophilie locale entre le véritable eczéma et certaines dermatites vésiculeuses, comme celle de la scille.

Eczéma du nourrisson.

M. et Mme Montlaur (Paris). — **Sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ».** — Les recherches des auteurs ont porté sur les trois types suivants : eczéma intertrigo (Ferrand), eczéma infantile du nourrisson (Darier), érythrodermie desquamative du nouveau-né (Leiner-Moussous). De cette enquête résulte que toutes ces réactions cutanées traduisent des épidermites microbiennes dont l'agent est un entérocoque. Ces réactions cutanées sont en général précédées d'un érythème fessier, succédant lui-même à des troubles intestinaux soit objectifs, soit révélés seulement par l'examen des selles.

Cet examen montre suivant les cas une colite de fermentation avec excès des acides volatils (cas le plus fréquent), une colite de putréfaction (très rare) ou un trouble du métabolisme des graisses. L'ensemencement des fèces donne dans l'immense majorité des cas une culture pure d'entérocoques.

Tandis que les intradermo-réactions au vaccin antistrepto sont constamment négatives, les injections intradermiques d'un vaccin entérococ-

cique renfermant 20 milliards de germes par centimètre cube et préparé avec la culture de l'entérocoque extrait des squames du malade donnent des réactions locales parfois positives. Mais surtout leur effet thérapeutique est remarquable. « Sans traitement externe, et dès les premières intradermo-injections, les lésions, après avoir présenté dans les heures qui suivent l'injection une réaction focale de courte durée, s'assèchent, pâlissent, la desquamation s'atténue et la guérison est en général obtenue après une dizaine d'intradermo-injections. » En même temps, sans grandes modifications alimentaires, l'état intestinal s'améliore. Par ailleurs l'étude des laits, poursuivie dans le même ordre d'idée n'a apporté aux auteurs aucun fait décisif. Pour eux, les réactions cutanées dites eczéma du nourrisson trouvent leur origine dans le tube digestif, et les troubles passent par trois phases :

1° Insuffisance hépato-pancréatique, d'où la fermentation ou la putréfaction intestinales.

2° Pullulation de l'entérocoque.

3° Ensemencement entérococcique de la peau à la faveur des déjections.

Gaté, J. Dechaume, J. Croizat et P. Michel (Lyon). — **La mort rapide dans l'eczéma des nourrissons. Données histo-pathologiques. Essai pathogénique.** — Les auteurs rapportent deux observations, l'une de mort subite, l'autre de mort rapide, chez des nourrissons eczémateux hospitalisés. Ils insistent sur les analogies existant entre les faits qu'ils ont observés et ceux qu'on relève dans les états de choc anaphylactique. En particulier, les lésions histologiques assez particulières du système nerveux décelées par eux dans un de leurs cas ressemblent de manière frappante à celles notées par eux dans des faits indiscutables d'anaphylaxie clinique ou expérimentale. Aussi y voient-ils la base anatomo-pathologique possible de la théorie anaphylactique de la mort subite des nourrissons eczémateux.

Thérapeutique de l'eczéma.

R. J. Weissenbach et P. Seidmann (Paris). — **Le traitement des eczémas, des dermites eczématiformes et de certains prurits par l'hémolysothérapie intradermique.** — Ce procédé nouveau d'hémothérapie comporte les avantages suivants : succès souvent obtenu dans des cas d'échec antérieur de la simple hémothérapie. Nécessité d'une seule ponction veineuse. Injection mieux supportée, vu la petite quantité de sang injecté.

« La technique est la suivante :

1° *Préparation du sang laqué.* — On prélève aseptiquement dans une veine du pli du coude, 20 centicubes de sang, à l'aide d'une seringue stérilisée (four Pasteur ou autoclave), dans laquelle on a préalable-

ment introduit 2 centicubes d'une solution stérile de citrate de soude à 10 o/o. Le mélange est projeté ensuite dans un ballon ou matras stérilisé de 100 centicubes environ, contenant des perles de verre. On ajoute 4 centicubes d'éther sulfurique. On agite lentement le mélange jusqu'à production de l'hémolyse complète, soit environ une dizaine de minutes. Puis on évapore l'éther en portant le ballon, bouché au coton cardé, dans un bain-marie ou une étuve électrique, réglés à 36°, loin de toute flamme nue, en prenant les précautions usuelles pour éviter que les vapeurs d'éther ne s'enflamment.

Le sang laqué est alors réparti aseptiquement dans 22 ou 23 ampoules de verre stérilisées, le nombre nécessaire pour une série étant de 20 en moyenne.

2° *Mode d'injection et échelonnement des injections.* — Les injections sont pratiquées chaque jour, au moins pour les dix premières et suivant l'effet obtenu.

L'injection doit être faite très exactement *dans* le *derme*, selon la technique habituelle, à l'aide d'une seringue longue divisée en vingtièmes ou dixièmes de centicube et une aiguille fine de 2 centimètres de longueur au plus. On injecte, sans gêne ni incident, 3 dixièmes de centicube ; c'est la dose moyenne. 4 ou 5 dixièmes de centicube peuvent provoquer une phlyctène qui s'excorie au bout de 24-48 heures ; mais, même à cette dose, nous n'avons jamais observé d'escharre. La tache ecchymotique, produite par l'injection, disparaît en 24 heures à 2 jours, rarement plus. La peau de la face externe des cuisses est la région de choix pour les injections.

Il n'est pas nécessaire de pratiquer les injections dans une région proche de celle où siègent les lésions. »

Cette méthode a été essayée sur 40 malades (17 eczémas diathésiques, 7 compliqués d'infection cutanée, 10 dermites eczématiformes, 6 prurits eczématisés ou lichénifiés), tous cas rebelles, notamment à l'hémothérapie pour une bonne part d'entre eux. Elle a donné 17 guérisons complètes (eczémas 8 sur 17), 15 améliorations considérables, 7 guérisons suivies de rechute à un ou plusieurs mois de distance et deux échecs seulement. Par contre, les incidents sont minimes et rares. Le nombre total des injections dans les séries suivies de guérison a été de 13 à 40 (deux séries de 20), mais en règle générale, une amélioration considérable a lieu avant le cinquième jour du traitement.

Urbach. — **Désensibilisation par administration orale de peptones spécifiques, et aussi, désensibilisation spécifique de l'eczéma allergique par applications transcutanées.** — Dans de nombreux cas de *lichen urticatus*, strophulus, prurigo et aussi dans certains cas d'eczéma ou de neurodermatite, la nourriture offensante origine de l'allergène spécifique fut déterminée par élimination grâce à notre régime (sans albumine). Dans quelques cas l'administration orale de la peptone spécifique partielle-

ment broyée trois quarts d'heure à une heure avant l'ingestion de la nourriture offensante produisit une désensibilisation d'abord temporaire, ensuite durable.

Dans l'eczéma chronique et la neuro-dermatite dus au contact externe d'œufs de poule, de poils de chevaux, etc., les sujets peuvent être désensibilisés par application transcutanée de doses progressivement croissantes de la substance nocive, et ceci sans danger de choc anaphylactique.

H. W. Barber (Londres). — **Récents progrès dans l'investigation et le traitement des éruptions allergiques.** — Certaines modifications du sang et de l'urine ont été décrites par B. dans le cours du choc anaphylactique et des troubles d'ordre allergique (urticaire, asthme, certains prurigos et eczémas, etc.). Une réaction dite par B. « étherréaction », fut décrite par lui et constamment trouvée fortement positive dans ces conditions. Elle est due à la présence en considérable quantité d'une substance nitrogène complexe douée des propriétés chimiques des protéoses, et qui contiendrait le produit antigénique responsable des troubles. En injection intradermique ou sous-cutanée à dose minime, elle est capable de les exacerber, tandis qu'à doses répétées espacées convenablement elle a été appliquée avec succès au traitement de quelques troubles allergiques.

Jausion. — J. porte, depuis quatre ans, tous ses efforts vers l'étiopathogénie et le traitement des eczémas, qui lui paraissent, comme à nombre d'auteurs, dus à la sensibilisation lente d'organismes prédisposés, à dominante vagotonique et à métabolisme hydrique retardé.

Il a plus spécialement étudié les *eczémas pyococciques* et *mycosiques* et a, le premier, apporté la *preuve d'une sensibilisation aux lysats du staphylocoque chez les allergiques.* Il a aussi préparé, contre les *eczémas secondaires à des mycoses*, une médication spécifique, les *claso-vaccins.*

Pour les eczémas d'origine interne, il a proposé la réinjection hypodermique d'urines, l'*auto-ourothérapie.*

Il communique aujourd'hui ses recherches sur les *eczémas solaires.*

Ces travaux ont été faits avec la collaboration de Cot, Lenègre, Vendel, Paléologue, Sohier, Pecker, Hyronimus et Touzard.

Moncorps (Munich). — Dans le syndrome eczéma, il faut insister sur les formes qui s'accompagnent d'hyperéosinophilie, sont souvent familiales, et associées à divers équivalents (urticaire, asthme, hypersensibilité aux pollens) : eczématoïde tardive exsudative de Rost. Avec Mayr, M. a recommandé dans ces cas les injections parentérales d'extraits spléniques désalbuminés. Cette conduite est basée notamment sur le fait expérimental de la correction de l'hyperéosinophilie asplénique par des extraits spléniques négatifs au biuret. Elle se justifie par

ses effets salutaires sur la forme d'eczéma en question. Cette intéressante méthode agirait par l'intermédiaire du mésenchyme et du système réticulo-endothélial.

R. O. Stein (Vienne). — **De l'onguent au soufre cristallisé et au goudron indiqué par moi (sulfanthrène), et de ses indications dans le traitement de l'eczéma.** — On connaît les propriétés stimulantes pour la croissance épidermique dévolues au goudron de houille puisque leur emploi dans certaines conditions détermine une prolifération atypique, d'où le cancer du goudron. Des effets du même ordre, mais réduits au minimum, rendent compte de la vertu curative du goudron de houille dans l'eczéma, et l'on sait que l'adjonction de soufre renforce celle-ci. comme un remède secret, le baume Baissade en offre l'exemple. Le sulfanthrène, application du même principe, est une association de soufre et de goudron de houille à composition constante et où la répartition subtile du soufre lui ôte son pouvoir irritant. S. en recommande l'usage dans les eczémas intertrigineux, d'origine mycosique, professionnels liés au syndrome variqueux, au prurit ano-vulvaire, dans les névrodermites, enfin dans les formes de l'enfant et du nourrisson.

M. K. Barada. — **Le traitement de l'eczéma par le bicarbonate de soude sous les tropiques.** — B. traite les cas d'eczéma aigu généralisé par 1 à 3 injections intraveineuses de bicarbonate de soude, pourvu que le cœur soit normal, et des précautions étant prises pour prévenir les effets du schock. La dose initiale est de 100 centimètres cubes d'une solution de bicarbonate à 10 o/o, injectée lentement. Intervalle d'une semaine entre les injections. Un soulagement important et immédiat est obtenu et attribué par B. aux effets de la solution alcaline sur le calcium organique.

THÈME II. — IMMUNITÉ. RÉINFECTION ET SUPERINFECTION DANS LA SYPHILIS

RAPPORTS

P. Mario-Truffi (Padoue).

La traduction française de ce remarquable travail ayant intégralement paru dans le n° 7, juillet 1930, nous nous abstiendrons de l'analyser ici.

Wade H. Brown (New-York).

Dans ces questions complexes, objet d'innombrables discussions, c'est la clarté qui est le plus nécessaire. Le but principal du travail de B. est donc de dégager de l'œuvre expérimentale accomplie, ce qui peut contribuer à la faire mieux interpréter, sans se référer à ses opinions ou contributions personnelles.

C'est par l'étude de la primo-infection du lapin que doit être abordée celle de l'immunité développée chez cet animal. Trois types d'infection peuvent selon les cas suivre la première inoculation :

1° La maladie se borne à la production du chancre et d'adénopathies locales et générales.

2° Son cours se poursuit par la production de lésions à distance de nature variable.

3° La syphilis s'installe sans lésion à la porte d'entrée et avec traduction clinique faible ou absente.

Des conditions expérimentales aussi identiques que possible aussi bien pour l'animal infecté que pour la souche infectante produisent indifféremment ces trois types. L'évolution de la syphilis dépendra dans une grande mesure de la souche utilisée, mais, en matière de syphilis, chez l'animal comme chez l'homme, les variations sont la règle. A travers celles-ci on retrouve néanmoins « une base fondamentale d'analogie ».

Le présent travail a trait à trois ordres d'expériences sur le développement de l'immunité contre la syphilis :

1° Inoculation d'un animal neuf.

2° Réinoculation dans le cours naturel d'une première infection.

3° Réinoculation dans le cours d'une première infection modifiée par un traitement.

Voyons avec B. ces trois chapitres successivement.

I. — Immunité envers une première infection

Une *résistance naturelle* peut exister, et se traduire par l'absence ou la faiblesse de la réaction primaire. Une *résistance acquise* apparaît progressivement chez la grande majorité des animaux. Elle empêche la production de grosses lésions mais ne va pas jusqu'à la destruction des spirochètes, qu'ils soient déjà hébergés par le sujet, ou introduits artificiellement.

Acquisition de la protection.

Elle peut être jugée sur la tendance évolutive, stationnaire ou régressive des lésions. Dans les conditions où s'est placé l'auteur (inoculation intratesticulaire au lapin de la souche Nichol), il observait en moyenne une incubation de 14 jours suivie de la formation du chancre. Ensuite une phase d'inactivité de 28 jours suivie d'une recrudescence d'activité de la lésion primaire et, vers le 42ᵉ jour, atteinte du testicule non inoculé. En même temps, ou ensuite, peuvent apparaître d'autres lésions, cutanées, osseuses, mais surtout kératite du 70ᵉ au 84ᵉ jour. Enfin, du 84ᵉ au 98ᵉ, retour à un état de latence habituellement permanent.

Le cours de la maladie est marqué par une série de progressions et de régressions. L'établissement de l'état de protection suit les mêmes phases en sens inverse. Le degré de celle-ci d'ailleurs ne dépasse pas, parfois même n'atteint pas, ce qui est utile pour prévenir les rechutes.

A mesure que l'infection progresse, la fréquence de lésions nouvelles décroît. « Autrement dit, le nombre des animaux qui demeurent susceptibles à l'infection existante diminue constamment. De la 12ᵉ à la 14ᵉ semaine, une protection complète est le plus souvent obtenue, sauf chez moins de 10 o/o des animaux et, chez la plupart de ceux-ci, l'œil est la seule partie qui demeure susceptible de présenter de nouvelles lésions. »

II. — Immunité envers une seconde infection

Les résultats obtenus sur ce sujet, en apparence discordants, ne font en fait que refléter ceux obtenus par l'étude du pouvoir de réaction envers la première infection.

Superinfection d'animaux non traités.

Pratiquée dans la période d'incubation du premier chancre, elle réussit d'autant plus sûrement qu'elle est plus précoce. Mais l'absence de durée fixe des périodes évolutives de la maladie empêche à son sujet tout accord entre les expérimentateurs.

« Une lésion peut encore être produite par réinoculation d'un animal infecté, longtemps après la guérison de toutes les lésions. Dans quelques circonstances, la seconde inoculation peut non seulement produire une lésion au point où elle est faite, mais encore être suivie de lésions généralisées de caractère plus ou moins sévère. En général, cependant, la fréquence de lésions de type chancreux suivant la réinoculation décroît en raison de la durée de la première infection, elles sont moins fréquentes après un accident initial cutané ou testiculaire qu'après une primo-inoculation à la cornée, tandis que la réinoculation à la cornée après une primo-inoculation cutanée ou testiculaire donne une plus grande proportion de succès que les réinoculations faites en d'autres points. » De plus, l'emploi de souches hétérologues de tréponèmes augmente la proportion des succès. Enfin, la faiblesse de la réaction opposée par l'animal à la première infection peut faire prévoir qu'il en sera de même pour la seconde infection.

En somme, la protection envers la seconde infection est parallèle à celle acquise envers la première. Néanmoins, la protection contre l'établissement d'une lésion par réinoculation est plus précoce et bien plus effective que la protection envers l'infection déjà établie. A la résistance acquise par l'animal contribuent donc deux forces : son pouvoir de *réaction* et un pouvoir d'*inhibition*, s'opposant à l'installation de nouvelles lésions.

Réinoculations d'animaux traités.

Surtout intéressantes après emploi d'arsenicaux, elles comportent deux éventualités :

α) Ou bien des doses sous-curatives ont enrayé la première infection sans la guérir (superinfection).

β) Ou bien le traitement a été conduit de manière à guérir la première infection (réinfection).

α) *Superinfection.* — Si la résolution des lésions de première infection a été précédemment obtenue, tout se passe comme si l'inhibition cessait de jouer jusqu'à ce que cette première infection reprenne son activité. La réinoculation produit alors des lésions de type chancreux pendant une période plus longue et avec une bien plus grande fréquence que chez les animaux non traités. Le succès dépend en grande partie des mêmes facteurs que chez les animaux neufs.

Dans quelques cas les lésions de type primaire et secondaire précoce succédant à la réinoculation sont plus étendues et plus destructrices

que celles dues à la première infestation faite avec le même matériel. Cela est notamment net « quand traitement et réinoculation sont mis en jeu durant les stades précoces de la première infection ou avant que n'apparaissent de lésions généralisées ». Il y a donc une *sensibilisation*, celle-ci appartenant plutôt aux stades précoces d'une première infection traitée. Elle décroît normalement quand la protection se développe, mais peut par exception reparaître ultérieurement, ceci sans changement du degré de la résistance acquise.

β) *Réinfection*. — Chez les animaux ayant reçu un traitement curatif, la susceptibilité à la réinoculation dépend encore dans une large mesure du stade réactionnel envers la première infection. Si celle-ci est supprimée avant le 45ᵉ jour, la protection acquise est en général impuissante à empêcher l'éclosion de la seconde infection, tout comme elle l'aurait été à s'opposer aux progrès de la première. Une lésion de seconde infection apparaît alors au second testicule réinoculé tout comme elle serait apparue par métastase si la première infection avait suivi son cours. Ensuite, jusque vers la 12ᵉ ou la 14ᵉ semaine de la première inoculation, la fréquence des lésions produites par réinoculation décroît juste comme celle de nouvelles lésions spontanées chez les animaux non traités infectés une seule fois. Ultérieurement, et dans la période qui correspond à celle où ces dernières n'apparaissent plus, on ne peut plus par réinoculation obtenir de lésions nouvelles que dans de rares circonstances ou par l'emploi de souches hétérologues.

Mais, en fait, la production d'une lésion au siège de la seconde inoculation n'est pas un indice suffisant du succès de celle-ci, et sa valeur à ce point de vue diminue d'autant plus que la première inoculation est plus ancienne. C'est dans ce dernier cas, en effet, qu'a lieu le plus souvent la réalisation de la seconde infection sans qu'aucune lésion locale en témoigne, et le fait est possible que les animaux soient neufs, simplement traités, ou guéris.

En somme, les notions acquises sur l'immunité envers la seconde infection s'accordent avec ce que nous savons de l'immunité envers la première.

Protection et infection persistante.

La réinoculation d'animaux chez qui un traitement avait enrayé la première infection au point que celle-ci ne soit plus *décelable* par aucun procédé a montré que même alors la protection acquise tend à persister. Mais des types variables existent. Durable chez certains animaux, elle l'est moins chez d'autres ; enfin, elle n'est pas égale pour toutes les parties du corps.

Elle est liée ou non à la persistance occulte de germes ? La question est insoluble ; au moins peut-on dire avec B. : « Il est évident que la protection acquise est d'un ordre élevé, et que, bien qu'elle puisse diminuer dans quelques circonstances malgré la persistance de l'infection, elle est habituellement durable et ne dépend pas nécessairement de la persistance d'une infection décelable ».

APPLICATION A L'HOMME

L'homme, bien plus sensible que le lapin à la primo-infection, doit l'être également davantage à la superinfection et à la réinfection. D'où la discordance des résultats. Si l'on voulait s'en tenir à ceux obtenus sur l'animal, les infections secondes devraient survenir surtout dans les premiers stades de la première infection. Les sujets présentant des lésions cutanéo-muqueuses devraient être encore relativement susceptibles. Enfin un traitement, surtout arsenical, devrait augmenter et prolonger la susceptibilité de ces sujets.

NATURE DE L'IMMUNITÉ SYPHILITIQUE

Comporte-t-elle ou non d'une part la persistance, d'autre part la destruction du germe ? Les maladies infectieuses, si diverses à tout point de vue, diffèrent sans doute aussi dans les réactions protectrices qu'elles provoquent. « La syphilis est une entité morbide, et il n'est pas raisonnable de demander ou d'attendre que la protection acquise dans la syphilis doive se conformer aux conditions remplies par quelque autre maladie que ce soit. »

Il faut donc uniquement s'attacher à définir ce qu'est en fait l'état de protection contre la syphilis. « Il n'y a pas lieu de tenter de déterminer si la protection trouvée est ou n'est pas une véritable immunité, de telles distinctions étant purement artificielles. »

CO-RAPPORTS

Pr Léopold Arzt (Vienne). — **Le traitement abortif est-il une intervention nuisible dans le cours normal de l'immunité contre la syphilis, avec augmentation consécutive de la parasyphilis?** — L'interdépendance qui existe d'après M. Truffi entre l'immunité syphilitique et l'état d'infection pose cette question, diversement résolue par les auteurs. En effet, le traitement spécifique, surtout par le salvarsan, est l'un de ceux qui doivent le plus agir sur les processus d'immunité, vu leur énergie contre les manifestations cutanéo-muqueuses précoces ou tardives de la maladie.

Ce sont les résultats du traitement entrepris à la période primaire qui ont le plus d'intérêt en cette matière. Aussi A. pose-t-il sous cette forme la question : « Le traitement de la syphilis avant l'apparition du premier exanthème, en somme le traitement abortif, a-t-il ou non conduit à une augmentation de la neuro-syphilis, notamment de la paralysie générale ou du tabès ? »

Pour résoudre cette question, A. a compulsé les 540 observations

qu'il possédait et qui remplissaient les trois conditions posées par la science actuelle : constatation du spirochète, étude sérologique, médication d'Ehrlich. N'ont été retenus que les cas remontant à au moins 8 ans. L'insuffisance du traitement abortif tel qu'il se pratiquait il y a quelques années explique la forte proportion de rechutes constatées chez ces malades.

Sur ces 540 cas ont été relevées 14 manifestations parasyphilitiques, soit un pourcentage de 2,5 o/o. Un cas de syphilis spinale, 6 de tabès soit 1 o/o, 7 de paralysie générale soit 1,3 o/o en forment le décompte. Sur ces 14 cas, dans 2 seulement le traitement avait été présérologique.

Les conclusions de A. sont les suivantes :

« 1° La fréquence de la parasyphilis après un traitement abortif anté-« cédent n'est nullement accrue.

« 2° Au contraire les chiffres d'ensemble, comme ceux pris dans le « détail pour la syphilis cérébro-spinale, le tabès et la paralysie géné-« rale demeurent inférieurs à ce qu'on pourrait attendre.

« 3° La conduite d'un traitement abortif présérologique a les plus « grandes chances de conduire au succès, eu égard à la possibilité de « prévenir l'atteinte du système nerveux central, en sorte qu'on peut « attendre une abortion de cette redoutable complication.

« 4° La conduite du traitement abortif au stade séro-positif donne « lieu à des conditions essentiellement plus défavorables, puisque 4 o/o « de parasyphilis ont été constatées dans ce cas, chiffre pourtant bien « inférieur à ce qu'on pourrait présumer.

« L'imputation de cet échec du traitement abortif à l'action thérapeu-« tique sur l'immunité serait dépourvue de base. Bien plutôt semblent « à inculper dans la production de ces si graves phénomènes tardifs « l'insuffisance des mesures thérapeutiques en usage à l'époque correspondante. »

Erich Hoffmann (Bonn). — **Signification de la résistance naturelle et de l'immunité spécifique du point de vue du clinicien** (*processus consécutif dans la période de première incubation à une primo ou à une seconde inoculation. conditions de la formation du chancre, exceptions à la loi de Colles, syphilis biliaire*). — Le point de départ de ce travail est à la fois clinique et expérimental. Chez l'homme, l'unicité habituelle du chancre éveille pour H. l'idée d'une protection d'ordre immunitaire à sa périphérie. Chez le lapin, l'inoculation d'une seule des chambres antérieures de l'œil ne contamine que 41 o/o des animaux, 92 o/o si l'inoculation est bilatérale, mais l'inoculation du second œil 2 mois après le premier donne toujours lieu à des manifestations visibles.

D'autre part, chez le même animal, une différence notable existe dans le comportement des spirochètes prélevés en période de première incubation au siège de l'inoculation, s'il s'agit d'une inoculation unique ou d'une seconde inoculation. Dans le premier cas, peu de jours après avoir inoculé l'animal on trouve une forte multiplication des spiro-

chètes, dont les essaims émigrent, et se nichent sans obstacle apparent notamment dans le tissu réticulo-endothélial. Par contre, dans le second cas, la migration des spirochètes hors des places inoculées se trouve entravée. D'autre part, le fait de l'infection cutanée par le chancre s'opposerait à la formation ultérieure d'un nouveau chancre, à moins que le premier n'ait été excisé. La résistance cutanée ne reparaîtrait alors que lorsque les spirochètes pénètrent dans le système nerveux, autre tissu ectodermique.

C'est à la lumière de ces faits que H. interprète les exceptions à la loi de Colles et les syphilis binaires. On sait qu'en général l'hérédo-syphilitique ne transmet point de chancre à sa mère même si celle-ci ne présente elle-même aucun signe de syphilis. On peut pourtant voir chez des femmes atteintes de syphilis latente des indurations péri-mamelonnaires que H. interprète comme des superinfections ou des papules chancriformes réindurées.

Quant aux syphilis binaires, H. en distingue trois formes :

1° *Adultorum*, superposée à une syphilis héréditaire.

2° *Neonatorum*. Infection seconde pendant ou peu après la naissance, à un moment où l'immunité cutanée n'existait pas encore.

3° *Asymptomatique*. Vérifiée expérimentalement sur un paralytique général, son apparition ne comporte aucune réaction locale à la place inoculée. Maintes séro-récidives après guérison apparente pourraient y trouver leur explication.

Schin-Ichi Matsumoto (Inst. dermat. de l'Univ. de Kyoto). — **Analyse de l'état réfractaire des lapins syphilitiques envers la réinoculation (superinfection et réinfection).** — Les cas de seconde infection, naguère niés, ont été rendus plus nombreux par l'usage du salvarsan et mis en évidence par la recherche du tréponème depuis que celui-ci est connu. La seconde infection est de plus expérimentalement réalisable sur l'animal, mais la lésion locale requise par la plupart des auteurs comme preuve de cette réinfection est un critère trop étroit : elle peut manquer même quand l'expérience réussit. Ce dernier cas n'implique donc pas l'existence d'une immunité du lapin déjà syphilitique envers une seconde infection, mais seulement envers la production du chancre. D'ailleurs l'immunité dont est capable un tel animal serait mieux qualifiée d'état réfractaire. Ne comportant sans doute pas la capacité de détruire rapidement le virus, elle doit de plus varier selon les conditions expérimentales.

En somme, la divergence des interprétations en ce qui concerne la seconde infection expérimentale de l'animal tiennent à la fois aux conditions dissemblables des expériences faites et aux critères variables qu'on peut adopter pour juger de leur succès. Tels sont les points que développe M.

Parmi les facteurs qui agissent surtout sur les résultats des réinocu-

lations, M. insiste sur : 1° les saisons ; 2° la dose, la méthode et le siège de l'inoculation ; 3° le temps écoulé entre la première et la seconde infection.

Si l'on prend comme critère du succès de la seconde inoculation le développement d'une lésion locale à son siège, on note que l'état réfractaire envers celle-ci du lapin déjà syphilitique ne commence que 30 à 45 jours après la première infection. Pourtant, par l'inoculation intradermique dorsale de petites doses de virus, on peut déceler cet état réfractaire dès le premier stade de la première syphilis.

Une différence marquée signale les résultats de la superinfection et de la réinfection, cette dernière supposant la guérison (qui semble expérimentalement acceptable) de la première syphilis.

On peut d'autre part prendre les lésions généralisées comme indice d'une réinoculation expérimentale positive. Des papules, des lésions osseuses ou cornéennes peuvent, chez le lapin neuf, résulter d'une inoculation intraveineuse du virus. Si des lapins ayant présenté des lésions locales et ayant été guéris par le salvarsan sont réinoculés par ce procédé, ils offrent une résistance nette envers la production de lésions métastatiques. Mais, après environ quatre semaines d'incubation, le siège de l'ancienne lésion primaire offre un peu de rougeur et de gonflement et on peut y déceler des spirochètes.

Dans une troisième éventualité d'interprétation plus difficile, aucun symptôme ne signale la pénétration du virus de seconde infection. Or, on sait que des lésions métastatiques peuvent avoir lieu alors qu'aucune lésion primaire n'était apparue à la porte d'entrée.

L'absence de lésion primaire lors d'une seconde inoculation ne peut être jugée du point de vue de l'immunité que dans des conditions précises (guérison de la première syphilis par salvarsan, puis élimination totale du médicament, donc limite de temps assez étroite, de plusieurs semaines après le traitement). On a pu la démontrer dépendante d'une réelle résistance à la pénétration des spirochètes nouveaux dans l'organisme guéri. Mais la réinfection sans symptômes existe aussi avec tous degrés de gravité ou de bénignité. Dans les cas extrêmes ses signes peuvent être réduits au point de se dérober à nos méthodes de recherche. « Entre la protection contre le chancre et l'immunité, partielle ou absolue, n'existe donc qu'une différence de degré, quoique les deux ne soient pas nécessairement parallèles dans le sens étroit du terme. Aucun conflit n'existe d'ailleurs entre l'idée d'immunité ou de résistance envers la syphilis, et celle, générale, d'immunité dans les maladies infectieuses, au moins en ce qui concerne des spirochétoses telles que le sodoku et la fièvre récurrente. Des phénomènes vraiment similaires sont décelables dans ces spirochétoses. »

La mise en évidence de substances spirochéticides dans le sérum des lapins réfractaires au chancre est une autre manière d'apprécier leur état d'immunité. Elle est possible notamment par inoculation à des

animaux neufs de mélanges titrés de sérum et de virus, mais leur activité est faible.

Donc une certaine immunité est décelable chez le lapin. Il ne semble pas en être de même pour la souris autant que peut le montrer l'épreuve du transfert d'organes de souris réinfectées.

Enfin, une dernière question, celle de la légitimité d'une distinction entre la syphilis et le pian se pose aussi du point de vue immunitaire. Les données expérimentales fournies par la réinoculation et l'inoculation croisée montrent entre ces deux maladies des différences dans les phénomènes d'immunité, différences qui d'ailleurs ne sont peut-être que quantitatives.

G. Mestchersky (Moscou). — **Réinfection et superinfection syphilitique.** — Il est souvent difficile de faire la différence entre réinfection et superinfection. « En effet, un contact contaminant, une incubation douée de la durée classique, l'abondance des tréponèmes dans la sérosité du second chancre, une adénopathie nettement perceptible » sont des traits propres, tant à l'une qu'à l'autre. M. énumère les variétés cliniques constatées et donne les conclusions inspirées par les résultats de 38 inoculations sur l'homme exécutées par lui, et par les résultats d'autres auteurs. Il termine par quelques considérations sur le rôle du traumatisme.

Les variétés cliniques qu'il énumère sont les suivantes :

α) *Chancre redux secondaire ou tertiaire*, suivi ou non de réaction ganglionnaire, d'éruption, et consécutif lui-même, soit à une nouvelle contamination, soit à une réaction inflammatoire de voisinage, soit à des phénomènes traumatiques.

β) *Papule indurée ou mono-récidive cutanée*, avec adénopathies régionales et éruption localisée ou généralisée.

γ) *Roséole typique survenue chez d'anciens syphilitiques sans chancre ni réinoculation.*

δ) *Superinfection à type gommeux* suivie *d'essaimage de gommes* chez d'anciens syphilitiques avec Wassermann positif, mais sans accidents.

ε) *Superinfection suivie d'accidents secondaires* chez un tertiaire présentant des accidents gommeux.

ζ) *Syphilis binaires* survenues chez des hérédo-syphilitiques, dont Tarnowsky distingue trois types, abortif, bénin et atypique, celui-ci avec ses deux variétés, l'une à phénomènes gommeux précoces, l'autre à cachexie progressive sans manifestations cutanées.

D'autre part, des faits expérimentaux (et 24 résultats positifs ont été obtenus par M. lui-même sur des sujets à diverses périodes de leur première syphilis), les règles suivantes peuvent être dégagées :

1° Le délai d'apparition des productions spécifiques fut de 10 à 33 jours. Les chances de succès sont d'autant plus grandes que la première syphilis est plus ancienne.

2° « Les productions de réinoculation correspondent pour la plupart aux stades de la première maladie. C'est la règle dans la syphilis active cutanée. Mais parfois, principalement chez des malades atteints de syphilis latente et ayant subi il y a peu de temps un traitement spécifique actif, ces productions prennent la forme des éléments propres à des périodes plus récentes »... En outre, « l'éclosion des éléments de syphilis secondaire est la règle chez les tabétiques ».

3° « Les productions de superinfections demeurent pour la plupart strictement localisées au point d'inoculation », mais dans trois cas, M. vit pourtant d'autres éléments se disséminer au pourtour de l'accident primaire.

En somme, ces diverses règles ne vont pas sans exceptions. Hashimoto obtint des superinfections expérimentales à type de chancre induré. Chez une malade en période tertiaire active, la réinoculation donna bien localement un ulcère gommeux, mais avec production à distance d'un infiltrat gommeux et d'une céphalée spécifique. Chez une tabétique, la réinoculation, en apparence négative, fut suivie de présence de tréponèmes dans les ganglions régionaux. De tous ces faits on peut conclure que « les réinoculations ne seraient pas sans danger. »

Quant aux réactions syphilitiques apparues au siège d'un traumatisme, elles peuvent aussi s'obtenir expérimentalement. Comme toutes les réactions semblables qui extériorisent localement une dermatose latente, elles sont *isomorphes*, c'est-à-dire de même ordre que les manifestations spontanées de la maladie et correspondent de plus à ses phases, au moins habituellement. Mais là aussi peuvent apparaître des éléments plus jeunes, une multiplication autour du produit primaire, et même un essaimage à distance.

Or, le mode d'introduction d'un virus exogène et son développement même peuvent créer un foyer d'irritation, non sans influence sur les spirochètes dont le sujet était déjà porteur. Aussi M. suggère-t-il l'idée d'une superposition des effets des deux virus, réalisant peut-être des formes plus actives.

Nékam (Budapest). — **Perspectives de l'immunologie dans la syphilis.** — « Le but final de toute recherche concernant la syphilis est d'affranchir l'humanité de ce fléau. Trois voies sont ouvertes pour cela : la prophylaxie, la thérapeutique, l'immunisation. »

La prophylaxie est insuffisante, et l'absence d'hôte intermédiaire pour le spirochète limite ses possibilités. La thérapeutique n'est qu'un moyen boîteux, impossible à généraliser et est dépourvue des fils directeurs, des signes d'alarme annonçant les poussées évolutives d'autres maladies moins sournoises.

Quant aux réactions d'immunité, leur variété d'un sujet à l'autre, surtout leurs variations sous l'influence de certains facteurs, font penser qu'on pourra un jour en élever le taux et en diriger le mode au point de préserver l'espèce humaine contre la maladie.

N. énumère quelques-uns des procédés qui permettront peut-être d'atteindre ce résultat.

a) Vaccination active à l'aide de cultures hypervirulentes.

b) Direction des processus d'immunité vers la formation de réagines et d'agressines plutôt que d'ambocepteurs et d'anticorps.

c) Préservation de l'homme par épuisement du milieu de culture qu'il représente (cf. milieux vaccinés de Besredka).

d) Usage de paravaccins avec des spirochètes atténués.

e) Obtention d'une co-immunité hétéro-allergique par utilisation de parasites voisins du spirochète. Usage du bactériophage, d'irritations thérapeutiques non spécifiques.

f) Stimulation de l'activité des cellules ou tissus de défense par des substances spécifiques ou non ou des mesures hygiéniques dans le sens de l'exophylaxie d'Hoffmann.

John H. Stokes, Harold N. Cole, Joseph Earle Moore, Paul A. O'Leary, Thomas Parran Jr., Udo J. Wile. — **Récidives cutanées et muqueuses dans les phases précoces de la syphilis et leur différenciation d'avec les réinfections** (Travail de l'Université de Pensylvanie, de Western Reserve, de John Hopkins, de la Clinique Mayo, de l'Université de Michigan et de la Santé publique des Etats-Unis). — Le but de cette étude est d'indiquer la fréquence, la contagiosité et l'importance des récidives en se plaçant au point de vue de la santé publique, et aussi d'établir les rapports entre la première et la seconde infection, appréciés d'après les repères chronologiques fournis par l'étude des rechutes de la première syphilis et des conditions thérapeutiques. Quant aux termes de récidive ou de rechute, ils sont ici pris par les auteurs dans le sens de retour, dans une période d'intervalle thérapeutique, d'accidents cutanés ou muqueux de type primaire ou secondaire.

Ce travail, coopération des États-Unis aux recherches de la Société des Nations, porte sur 5.952 cas de syphilis précoce cutanée ou muqueuse, dont 360 présentèrent des récidives cutanéo-muqueuses et 40 des symptômes interprétés comme dus à une réinfection.

Le pourcentage de ces derniers cas est de 0,69 o/o. « De cette proportion peut être déduite l'importance relative des récidives et des réinfections. » D'ailleurs une récidive passant plus facilement inaperçue est une source de contagion plus grave qu'un chancre.

« D'importantes différences existent dans la proportion des récidives cutanéo-muqueuses selon le stade de la maladie où intervient le traitement » : 10 o/o des récidives concernent des malades traités en phase présérologique ; 8,55 o/o apparurent après traitement entrepris en période primaire séro-positive. Dans 4,16 o/o, le traitement était intervenu dans la première année, au cours d'une syphilis secondaire floride.

« De ces faits semble découler qu'en s'établissant progressivement, la résistance du sujet contre l'infection diminue le nombre des récidives. »

Un grand nombre des 121 sujets qui ne présentèrent de manifestations secondaires qu'après la première année eurent des rechutes (22,31 o/o). Peut-être ce retard dans les signes secondaires objectifs répond-il à une inaptitude à développer un pouvoir permanent de résistance contre la maladie. Peut-être exprime-t-il l'existence d'un « type récidivant », chez lequel la probabilité de récidives cutanéo-muqueuses est deux fois aussi forte que dans la phase présérologique, et près de cinq fois plus que chez les malades ayant présenté une réaction éruptive précoce. (Les conditions thérapeutiques sont ici hors de cause, les auteurs s'étant attachés à les rendre identiques.)

De par leur caractère, 34 o/o, et de par leur siège 62 o/o des récidives cutanéo-muqueuses sont des sources éventuelles de contaminations, d'autant plus graves que les sujets appréhendent souvent de se faire traiter.

Sexe, race, âge.

Les rechutes sont plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, chez les noirs que chez les blancs. En général elles affectent plutôt la peau que les muqueuses, et cette tendance s'accuse avec l'âge, mais les femmes de couleur font volontiers des récidives muqueuses et surtout génitales.

Nombre des récidives.

86 o/o ont été uniques, 11 o/o doubles, 2 o/o triples, 1 o/o quadruple.

Recherches de laboratoire.

La recherche du spirochète à l'ultra-microscope a échoué dans 22,5 o/o des cas. La sérologie s'est montrée muette dans 13 o/o des cas. On ne doit donc pas prêter au résultat négatif de ces recherches une confiance aveugle.

Chronologie des récidives cutanéo-muqueuses.

Près de 55 o/o apparaissent dans le 1re année, dont près de 26 o/o dans les 6 premiers mois, 84,7 o/o apparaissent dans la seconde année. Environ 10 o/o de la 3e à la 7e année.

En moyenne les rechutes se manifestaient environ 9 mois après le dernier traitement. « Pendant les six premiers mois succédant à la fin du traitement, 45 o/o des rechutes eurent lieu ; à la fin de la première année, 73,6 o/o, à la fin de la seconde 91 o/o. » Notons encore cette déduction de l'analyse des faits ainsi groupés que les manifestations cutanéo-muqueuses qui se montrent dans les deux premières années de la maladie traduisent 9 fois plus souvent des récidives que des réinfections.

Traitement et récidives cutanéo-muqueuses.

« Nos observations montrent que la préservation des récidives repose sur la persévérance du traitement, surtout par l'arsphénamine » (ce dernier produit étant le salvarsan américain).

D'après les chiffres fournis en effet :

35 o/o des sujets ayant présenté des récidives avaient reçu moins de cinq injections ; 81 o/o moins de quinze.

Ceux ayant atteint ou dépassé 30 injections ne donnent guère qu'environ 1,8 o/o des récidives.

Les auteurs divisent d'autre part en quatre groupes ceux de leurs malades ayant été traités à la fois par l'arsénobenzène et les métaux lourds, selon qu'ils ont reçu peu ou beaucoup des deux ou bien de l'un ou de l'autre. De cette confrontation ressort là aussi la prédominance de l'arsénobenzène dans la prophylaxie des récidives. De plus, pour le groupe de sujets ayant reçu peu d'arsphénamine et peu de métal lourd, « le point critique de la prévention d'une rechute infectieuse éventuelle se trouve entre la 5e et la 9e injection d'arsphénamine ». En revanche, la proportion des récidives cutanéo-muqueuses diminue considérablement entre la 9e et la 15e injection d'arsphénamine. On conçoit l'importance de ces faits pour la santé publique.

Ajoutons que 9,6 o/o des rechutes sont apparues après traitement par arsénobenzène et mercure, la combinaison arsénobenzène et bismuth n'ayant été suivie que par 3,6 o/o de celles-ci.

RÉINFECTION

Intervalle de la première à la seconde infection.

Dans les cas qui sont imputés à une seconde infection, celle-ci tombe souvent dans la période même de la première infection où les rechutes sont les plus fréquentes. Sur la série utilisée par les auteurs de ce travail, 53 o/o des réinfections apparurent dans la première année de la première infection, 47 o/o seulement tombaient dans les années suivantes, soit 8 dans la 3e, 5 dans la 4e, 1 ou 2 dans les 10 années suivant cette première infection.

La proportion est comparable dans la série de Halley et Wassermann qui ont soumis l'authenticité de leurs cas de réinfection à des critères extrêmement sévères (5 cas obéissant aux mêmes conditions ont été ajoutés à leur série). 58 o/o des réinfections y apparaissent dans les deux premières années de l'ancienne infection, période de prédilection des rechutes spontanées de celle-ci.

Conditions thérapeutiques.

Là encore, elles sont analogues dans les rechutes et les réinfections. Le groupe de malades ayant reçu peu d'arsphénamine et peu de

métaux lourds a donné 48 o/o des réinfections et 74 o/o des rechutes de la première infection. Au même groupe sont à rattacher 78 o/o des réinfections agréées par Halley et Wassermann. D'une façon plus large, 60 o/o des réinfections rapportées par les auteurs ont succédé à des traitements insuffisants, et il en va de même de 84,6 o/o de celles de Halley et Wassermann. La similitude des conditions, tant des rechutes cutanéo-muqueuses que des réinfections est donc frappante.

Critères des réinfections.

Selon que les cas satisfont à un plus ou moins grand nombre de ceux-ci, ils sont classés en réinfections indiscutables, vraisemblables, ou simplement possibles.

« Dans la recherche des réinfections, concluent les auteurs, on a peine à se dégager de l'impression qu'en fait, celles-ci ne peuvent être séparées des récidives ni des superinfections. » Et soulignant encore l'identité des conditions soit chronologiques, soit thérapeutiques, qui président à l'apparition ou des rechutes, ou des réinfections, ils ajoutent : « Des recherches bien plus étendues et des relations plus minutieuses sur les faits donnés comme réinfections sont nécessaires avant qu'on puisse établir une acception clinique définitive et uniforme de la réinfection ».

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS LIBRES

Observations cliniques et interprétations pathogéniques.

Lucien Hudelo et Robert Rabut. — **La syphilide secondaire chancriforme et la réinfection (texte original).** — Après que, sous l'influence de Ricord, de Rollet et surtout d'Alfred Fournier, l'École française eût nié la possibilité, pour la syphilis, de se doubler, un changement radical d'opinion se manifesta, surtout à la suite de l'apparition de la médication salvarsanique.

Les publications de réinfection se sont, depuis lors, multipliées avec une fréquence progressive et, suivant l'expresion de Bernard (de Bruxelles) (Congrès des Dermatologistes et Syphiligraphes de Langue Française. Juillet 1926) les réinfections ne se comptent plus : chaque syphiligraphe en possède une à son actif ou veut en avoir une.

Un grand nombre d'entre elles sont assurément sujettes à critique. L'un de nous, en 1891, avait déjà longuement, au sujet de l'immunité de la syphilis, passé au crible les observations de réinfections parues jusqu'alors.

La question s'est, depuis, compliquée du problème de la surinfection. Ce sujet a fait éclore, au Congrès de Bruxelles, en 1926, des travaux importants qui, à notre avis, n'ont pas apporté de solution satisfaisante.

Nous ne nions ni la réinfection, ni la superinfection, mais nous croyons impossible de résoudre l'axiome posé par Mendes de Costa : « Dans la réinfection, il faut prouver que la première syphilis n'existe plus ; dans la superinfection, il faut prouver, au contraire, l'existence de la première syphilis ». On peut, en effet, dans le deuxième cas, ne trouver aucune preuve et, pour le premier nous en sommes encore à chercher le critérium de la guérison de l'infection tréponémique.

Nous croyons que, pour cette question, il serait plus sage de grouper, avec Bernard, la réinfection et la superinfection sous l'appellation unique d'*infection seconde.*

Ceci ne clôt d'ailleurs pas la discussion. Car, si nous admettons la possiblité de cette infection seconde, nous pensons qu'il est bien difficile d'en établir, avec certitude, l'authenticité, pour un cas donné : on peut, en effet, toujours soulever l'hypothèse d'un accident secondaire chancriforme.

Différente du chancre redux, qui est facilement diagnosticable, en raison de son apparition précoce, à l'endroit même de l'accident primitif, et du syphilome tertiaire, caractérisé par son infiltration profonde, sa durée, son absence de ganglions et de tréponèmes, la syphilide secondaire chancriforme peut simuler, en tous points, le chancre d'inoculation.

Alfred Fournier enseignait, dans ses leçons, que certaines syphilides secondaires érosives ou ulcéreuses, sont susceptibles, par leur induration, leur configuration, l'ensemble de leurs caractères et leur évolution, de reproduire, trait pour trait, le chancre initial. Il ajoutait que, lorsqu'une telle lésion est solitaire, elle a si bien la physionomie d'un accident primaire que, neuf fois sur dix, un observateur non prévenu la prendra pour tel.

Si on relit, d'ailleurs, le mémoire que Fournier consacra, en 1888, au « pseudo-chancre induré chez des sujets syphilitiques » et où il signalait, pour la première fois, les lésions chancriformes qu'il devait, plus tard, considérer comme tertiaires, on peut se rendre compte qu'un certain nombre de cas envisagés par l'auteur doivent être catalogués syphilides secondaires, tant par leur coexistence avec d'autres accidents du type secondaire que leur apparition au cours des premières années de la maladie.

Un certain nombre d'auteurs ont, depuis Fournier, signalé à plusieurs reprises, les récidives secondaires simulant le chancre (du Castel, Hallopeau, Gaucher, Lenglet, Muller, Artz, Thalmann, etc.).

Appelées successivement réinduration, pseudo-chancre, lésion secondaire solitaire, papule chancriforme, leur étude fut reprise par Friboes qui, en 1911, rapportait des observations d'accidents chancriformes, développés à distance de l'infection primitive et suivis de roséole.

Ravaut, dans une étude parue en 1913, rappelle deux cas, qu'il avait publiés antérieurement, de malades ayant présenté quelque temps après un traitement de salvarsan, des lésions chancriformes, dans le voisinage des lésions primitives, avec nouvelle poussée ganglionnaire, et rapporte un troisième cas analogue : malade atteint de syphilis primaire et secondaire, blanchi par une injection de salvarsan et 4 injections de cyanure, et présentant, 5 mois après, un accident chancriforme contenant des tréponèmes accompagné d'une poussée ganglionnaire et suivi d'une roséole.

Jaime Peyri, en 1917, Covisa, en 1920, Artz en 1921, de la Portilla la même année, signalent des pseudo-réinfections, suivies d'explosion secondaire, chez des malades qui n'avaient pas subi de nouveaux rapports sexuels.

Nous-mêmes, en 1924, à l'occasion des récidives secondaires observées chez des malades en traitement, faisions une étude sur les accidents chancriformes, survenant soit isolément, soit accompagnés d'accidents secondaires diffus, à des échéances plus ou moins lointaines, au cours de syphilis bien ou mal traitées.

Nous avons, depuis, observé plusieurs cas nouveaux et Dujardin, en 1927, signalait un cas d'accident chancriforme suivi de roséole chez un prisonnier, 7 ans après un accident primitif soigné par deux séries de novarsénobenzol.

L'existence indiscutable de ces syphilides récidivantes chancriformes est d'une importance dogmatique capitale, car elle ne permet pas de poser, avec certitude, le diagnostic de réinfection.

Passons, en effet, en revue, les différents arguments sur lesquels se base celui-ci.

1° L'aspect objectif de la syphilide chancriforme peut, comme nous l'avons vu, simuler, en tous points, celui du chancre : mêmes caractères d'érosion ou d'ulcération indurée, de dimensions variables, à fond chair musculaire, avec possibilité d'adénopathie concomitante.

2° On peut trouver le tréponème dans la récidive chancriforme comme dans le chancre.

3° Le facteur « traitement » constitue un bien faible argument pour assurer la réinfection. Que peut-on, en effet, qualifier de traitement suffisant, devant le désaccord des syphiligraphes sur la durée et l'intensité de celui-ci, qu'aucun critère ne permet d'ailleurs de fixer ? Nous avons observé des récidives manifestes d'explosion secondaire, chez des malades qui avaient été, non seulement correctement mais intensément traités, et nous n'insisterons pas sur ce point, qui a été, de nouveau, mis en évidence, récemment, par Nicolas.

4° Un certain nombre d'auteurs admettent, d'autre part, l'effet curateur du temps et pensent, qu'un accident éloigné du chancre initial a des chances d'être une réinfection. Alfred Fournier, Jeanselme, Balzer et bien d'autres, ont observé des réveils virulents après des phases de

silence de plusieurs dizaines d'années. Nous avons, pour notre part, signalé des faits qui nous ont permis de dire : pas plus que l'intensité ou la durée d'un traitement, une phase, même prolongée de silence clinique et sérologique, ne constitue une garantie certaine contre le retour offensif des lésions secondaires virulentes.

5° On avait cru établir un caractère différentiel dans la sérologie : Wassermann positif — récidive, Wassermann négatif — réinfection. Nous avons amplement montré, à plusieurs reprises, et maints auteurs y sont revenus après nous, qu'il existe fréquemment chez les syphilitiques traités, une dissociation de la sérologie et de la clinique pouvant se traduire par la coexistence d'explosions secondaires virulentes avec une négativité complète de la sérologie quelle que soit la méthode employée. Une sérologie négative ne permet donc pas d'éliminer l'hypothèse d'une récidive endogène.

6° Certains auteurs s'appuient, pour affirmer l'authenticité de la réinfection, sur l'apparition consécutive d'une éruption secondaire. Cet argument, qui semble d'un poids plus important, n'a cependant pas une valeur absolue. Les faits sont suffisamment nombreux pour le prouver et l'explication en est possible. Avec Thalmann, Ravaut, Covisa, on peut, en effet, admettre un réensemencement de l'organisme dû à la libération d'un foyer tréponémique endogène, jusque-là encapsulé. Cette libération peut se faire soit spontanément, chez des malades qui ont été soumis à un traitement précoce, mais insuffisant, soit sous l'influence de la reprise d'un traitement intensif.

7° Elle peut d'ailleurs être provoquée par un nouveau coït qui, suivant l'explication de Hell, occasionnerait le traumatisme responsable de l'accident chancriforme auquel des rapports sexuels récents donneraient l'apparence d'une nouvelle contamination et ceci enlève encore un élément à l'argumentation probante de la réinfection.

Il n'existe, à notre avis, qu'un seul argument qui, en présence d'une lésion chancriforme survenant chez un ancien syphilitique, permette de faire pencher la balance vers l'hypothèse d'une infection seconde : c'est la constatation, chez le contaminant possible, de lésions virulentes.

ARNAULT TZANCK (Paris) (texte original). — **Relativité de la notion d'immunité.** — Toutes les questions relatives à la réinfection et à la superinfection au cours de la syphilis sont subordonnées à celles de l'immunité dans cette maladie. Or, il s'en faut que nous ayions actuellement une notion précise de l'immunité avec laquelle on tend à confondre de plus en plus le problème non moins obscur de l'allergie.

Tant que l'accord ne sera pas fait sur ces notions, toutes les discussions resteront des querelles de mots. C'est pour obtenir une entente, même conventionnelle, que nous nous sommes attachés à définir quelques termes. Ici nous voulons simplement attirer l'attention sur un certain nombre de remarques.

Trop souvent on considère l'immunité comme une véritable entité qui tantôt existe et tantôt fait défaut. On dira en particulier que l'homme est, à l'état normal, démuni d'immunité vis-à-vis de la syphilis, et que cette immunité existe chez la plupart des animaux. Cette façon de s'exprimer est défectueuse car il n'y a là que des questions de degré.

Peut-on dire qu'il n'existe normalement aucune immunité de l'homme vis-à-vis de la syphilis. N'est-ce point au contraire un certain degré d'immunité qui permet la résistance relative contre l'infection et la cicatrisation des lésions. Inversement on sait que la syphilis maligne précoce n'est point nécessairement due à une virulence exceptionnelle du germe, mais aussi à la diminution des propriétés défensives normales. N'est-ce point la preuve indirecte d'un certain degré d'immunité chez tous les sujets.

L'immunité peut, en effet, être considérée comme l'expression de l'ensemble des propriétés défensives contre un organisme infectant. Ce sont précisément les adaptations et modifications incessantes de ces propriétés défensives que l'on tend de plus en plus traduire par le terme « allergie ». Mais, à ne considérer que l'homme, on n'envisage qu'un côté de la question. Le microbe dispose lui aussi de certaines propriétés défensives et de possibilités diverses d'adaptation, ses réactions à lui sont, elles aussi, « allergiques ». D'où un conflit entre deux organismes, l'un infectant l'autre infecté, où, dans l'évolution si particulière de la syphilis, les phases de latence représentent le triomphe (souvent momentané) de l'organisme humain et les phases actives les reviviscences et les adaptations successives du tréponème. Là se trouve la clef de bien des problèmes relatifs à l'immunité de la syphilis et des différents tropismes des germes microbiens. Ainsi s'explique la lutte mouvante que représente toute évolution morbide et que figurent mal les termes figés de guérison, d'immunité, de superinfection ou de réinfection. Ce ne sont aucunement des entités mais des états, des moments de la lutte, et, pour l'organisme humain ils peuvent même être très différents selon les tissus ; c'est ainsi qu'au cours de la paralysie générale l'immunité cutanée peut être remarquablement stable alors que dans le système nerveux se développent des organismes microbiens particulièrement adaptés et résistants aux thérapeutiques usuelles.

Pour illustrer notre conception prenons le problème si troublant de la double incubation de la syphilis.

Dans une première étape, l'infection est réalisée par le tréponème T et cette infection se traduit par l'éclosion de l'accident primitif. Dans une seconde étape, l'entrée en scène des propriétés défensives élaborées par l'organisme aboutit à la cicatrisation de cette première lésion. La preuve de cet état nouveau ainsi réalisé est l'impossibilité (à partir d'un moment donné, vers le 12e jour après l'éclosion du chancre) pour un tréponème semblable à T de réaliser un accident nouveau : la syphi-

lis n'est plus réinoculable. Ceci traduit une victoire de l'organisme infecté.

Mais, dans une troisième phase, le tréponème T se modifie lui-même, s'adapte à son tour, au point d'être apte à provoquer des accidents qu'un tréponème quelconque ne donnera pas. L'éclosion des accidents secondaires semble le témoin de cette adaptation nouvelle. La double incubation de la syphilis met en lumière les adaptations successives de ces deux organismes vivants luttant, pour ainsi dire, avec les mêmes armes car, comme l'a si bien dit Bordet : « L'immunité, c'est la virulence de l'organisme vis-à-vis du microbe comme la virulence c'est l'immunité du microbe contre l'organisme ».

E. Schulmann (Paris). — **Un cas de réinfection syphilitique sans chancre initial.** — S. a étudié longuement ailleurs les diverses formes cliniques de la syphilis sans chancre, qu'il croit d'une fréquence relative. Il apporte au Congrès le cas curieux d'un syphilitique très bien traité par le néosalvarsan et l'huile grise qui, après un intervalle de dix-huit années, contracte une nouvelle infection, rentrant, selon toute vraisemblance, dans le cadre de la syphilis décapitée.

S. écarte sans discussion la superinfection et il se demande si, dans le cadre confus des roséoles de retour, il n'existe pas des faits analogues à celui qu'il présente.

S. Bergel (Berlin). — **Immunité, superinfection et réinfection dans la syphilis.** — S. définit ces divers termes et établit une comparaison entre la syphilis et d'autres infections qui laissent ou non après elle un état allergique ou une immunité plus ou moins durable. Ce n'est que lorsque les lymphocytes ont sécrété des substances antagonistes des spirochètes (et l'auteur a prouvé le fait expérimentalement) que des réactions allergiques sont possibles envers une nouvelle infection. Les spirochètes de superinfection peuvent être exogènes ou endogènes (cas du nouveau chancre apparaissant dans la zone tégumentaire située au contact du premier). Il existe une liaison entre l'allergie, la réaction cellulaire et la positivité du Wassermann. La superinfection avec ses formes variables est liée à l'abondance plus ou moins grande d'anticorps dans l'organisme. Par contre, la réinfection n'est possible qu'en l'absence d'anticorps. Elle suppose nécessairement la négativité du Wassermann.

Robert Brandt (Vienne). — **Contribution à la question de l'immunité dans la syphilis expérimentale. Observations sur les récidives locales après extirpation du chancre.** — Les récidives de chancre syphilitique qu'on peut observer sur le lapin après extirpation du syphilome primaire ont lieu parfois aussi lorsque l'évolution de ce dernier était assez

avancée lors de l'extirpation. Mais si sa croissance se poursuivait alors, et si l'extirpation a respecté le tissu périphérique, déjà pénétré par les tréponèmes mais sans modification visible, le second chancre n'est en réalité que la suite de l'évolution du premier. Les conditions diffèrent pourtant selon le type évolutif de celui-ci. D'ailleurs, l'arrêt de la croissance d'un chancre dépend d'une puissance d'immunité, dont le chancre lui-même est l'origine. Cette puissance porte obstacle au développement seul de l'infiltrat syphilitique, mais sans tuer les tréponèmes. Rien de surprenant donc à ce que l'extirpation du chancre soit suivie d'un certain fléchissement de l'immunité, et que le tissu périphérique reprenne son aptitude à s'accroître, enrayée auparavant.

De la même façon s'explique la fréquence remarquable de manifestations secondaires suivant l'extirpation, même si celle-ci n'a pas donné lieu à une récidive du chancre.

Pr Valentin Zaroubine. — Les concepts de réinfection et de superinfection sont environnés d'obscurité et les causes d'erreur fourmillent : anamnestiques erronés, érosions banales qui s'infiltrent, chancre redux, mono-récidive, chancrelle, etc. Si l'accident survenu est vraiment syphilitique il est souvent impossible de dire s'il résulte ou non d'une nouvelle contamination.

La superinfection se rencontre plus souvent dans les périodes secondaire et tertiaire et dans les syphilis nerveuse ou héréditaire. Le cas d'inoculation successive de plusieurs chancres dans la phase primaire serait plus rare pour Z.

E. Schulmann (Paris). — **Existe-t-il une immunité naturelle dans la syphilis?** — Un sujet placé dans les conditions les plus favorables pour être contaminé peut-il rester indemne ? L'auteur énumère d'abord les raisons qui peuvent préserver le malade de la contagion et qui d'ailleurs sont absolument inopérantes quand celle-ci est fréquemment répétée. Il ajoute ensuite à l'appui de son opinion, aux deux cas qu'il a publiés antérieurement avec Legrain, une observation nouvelle très démonstrative.

L'immunité naturelle semble assez exceptionnelle sans qu'il puisse être possible de préciser sa fréquence, en raison de la difficulté des confrontations nécessaires pour établir sa réalité.

Les recherches expérimentales qui jusqu'ici n'ont point été dirigées dans ce sens, apporteront une contribution très utile au problème.

L'auteur termine en opposant à l'immunité infectieuse classique l'immunité syphilitique qui est d'une essence très différente et dont la nature ne peut encore, ainsi que l'ont bien montré les rapports de plusieurs éminents syphiligraphes, être envisagée avec précision.

E. Grin (Foca, Yougoslavie). — **Contribution à la connaissance de la syphilis endémique en Bosnie.** — Il existe en Bosnie une syphilis endémique à distinguer de la syphilis sporadique, vénérienne, car. :

Elle se traduit le plus souvent par des formes d'apparition isolées, les autres étant plus rares ou faisant défaut.

Elle résulte d'un contact direct ou indirect, souvent extragénital, les punaises ayant peut-être un rôle épidémiologique.

Les formes tertiaires sont en décroissance, les formes secondaires et latentes en augmentation. Il semble que la syphilis endémique montre une tendance évolutive vers la neuro-syphilis.

Cette infection est systématiquement combattue en Bosnie et en Herzégovine.

Fernandez de la Portilla (Madrid). — **La notion clinique d'autosuperinfection et leurs dérivations.** — Chez un certain nombre de malades, après la guérison du chancre, sa cicatrice persiste à héberger des groupes de tréponèmes. Leur réveil peut donner lieu à des lésions qui possèdent tous les caractères du chancre (présence de tréponèmes, adénopathies satellites). C'est l'auto-superinfection, qui s'oppose à l'hétéro-superinfection, et peut elle aussi donner lieu à de nouvelles poussées évolutives avec les mêmes embûches, les mêmes périodes et les mêmes incidents. Ces notions, importantes au point de vue social et conjugal ne sont pas non plus sans conséquences thérapeutiques. En particulier, elles donnent un nouvel intérêt au traitement local des lésions syphilitiques, et singulièrement de l'accident primitif, même si l'on va jusqu'à le détruire ou l'extirper. Ni la précocité de la spirochéthémie, ni l'efficacité des méthodes actuelles ne doivent rejeter dans l'ombre ce côté de la question.

G. Mestchersky (Moscou). — **Réinfection, superinfection syphilitique et syphilis traumatique.** — De nombreuses formes de transition existent entre la vraie réinfection et la vraie superinfection. Elles tendent à effacer leur distinction. C'est ainsi qu'une superinfection chez des malades ayant présenté peu auparavant des manifestations de syphilis active et parfois rebelle peut néanmoins prendre l'allure d'une primo-infection.

Des 38 expériences de réinoculations pratiquées sur des malades syphilitiques en collaboration avec le Dr Bogdanoff, M. déduit les règles suivantes :

Les inoculations positives sont réalisables dans toutes les périodes de la syphilis, tant active que latente.

L'incubation dure de 10 à 33 jours. Elle paraît plus longue dans la période latente.

Les réinoculations réussissent plusieurs fois chez les mêmes malades.

Les productions de réinoculation correspondent pour la plupart aux stades de l'ancienne syphilis et aux lésions déjà existantes lors de la réinoculation. Mais parfois, principalement dans la phase latente ou chez des sujets ayant récemment subi un traitement intense, on obtient des éléments en rapport avec des périodes plus récentes. De même la réinoculation des tabétiques dont la peau est intacte fait naître des éléments de type secondaire.

Les produits de réinoculations simultanées n'apparaissent pas toujours simultanément.

L'état sérologique des malades n'a point d'influence sur les résultats des réinoculations.

Nous n'avons pas constaté d'augmentation dans la positivité de la séro-réaction suivant la réinoculation.

La réinoculation positive n'a point d'influence apparente sur le cours ultérieur de la maladie.

Un traitement spécifique intense commencé au moment de la réinoculation en entrave le succès. Peu actif et court, il n'empêche pas le développement des phénomènes de superinfection.

Les productions de superinfection demeurent pour la plupart strictement localisées aux points inoculés, mais dans trois cas nous observâmes le développement d'éléments multiples au pourtour du produit primaire.

A. Pasini (Milan). — **La superinfection syphilitique expérimentale dans le tissu de cicatrice spécifique et non spécifique.** — « La question de la superinfection dans les tissus cutanés des cicatrices qui proviennent d'altérations antécédentes de nature syphilitique, et dans les tissus de cicatrices cutanées banales qui ont précédé ou suivi l'infection syphilitique est une des moins étudiées et des moins connues dans le problème encore très discuté de la superinfection chez l'homme. »

A ce sujet, l'auteur a présenté en 1927 à la Société Italienne de Dermatologie les conclusions tirées de 17 observations de superinfection expérimentale pratiquée à différentes périodes de l'infection syphilitique spontanée. Les cicatrices, reliquat de manifestations tertiaires, s'étaient montrées presque indifférentes à la superinfection, et d'autre part l'action pathogène des tréponèmes hétérologues s'était montrée supérieure à celle des tréponèmes homologues.

La seule contribution ultérieure à cette question de la superinfection des cicatrices est de Bernucci, dont les résultats ne furent pas homogènes. P. a d'autre part poursuivi ses recherches, à la fois sur des sujets syphilitiques à manifestations tardives et sur d'autres, porteurs de cicatrices banales ou syphilitiques. Le matériel infectieux était introduit dans de petites poches sous-épidermiques, et des témoins étaient faits à l'aide du produit d'une granulation stérile introduit par la même voie. De ces recherches, l'auteur dégage lui-même les conclusions suivantes :

« Le tissu de cicatrice cutanée provenant de lésions syphilitiques tardives antécédentes s'est montré indifférent ou peu sensible à une nouvelle inoculation tréponémique hétérologue. Par contre, la peau a montré une sensibilité remarquable dans les autres parties du corps (cette sensibilité n'a cependant pas été partout égale), et même autour de la cicatrice.

Le tissu de cicatrice non spécifique d'altérations ayant précédé l'infection syphilitique s'est montré très sensible à la greffe tréponémique hétérologue ; en certains cas il l'a été même plus que la peau normale.

Le tissu de cicatrice non spécifique d'altérations banales ayant suivi l'infection syphilitique s'est montré de même sensible à la superinfection pratiquée avec du matériel spirochétique hétérologue.

Parmi les tissus de cicatrice cutanée due à des manifestations destructives spécifiques ou à des altérations destructives non spécifiques ayant eu lieu avant ou après l'infection syphilitique, seuls les tissus de cicatrice due à des lésions de nature spécifique syphilitique se sont montrés réfractaires, quoique d'une façon inconstante et non absolue, à la superinfection tentée avec de nouveau matériel tréponémique.

L'examen histologique a démontré que, dans les altérations dues à une superinfection syphilitique expérimentale, les éléments du système réticulo-endothélial jouent un rôle remarquable. »

M. Ilitch (Belgrade). — En dix ans, l'auteur n'a observé que sept cas de réinfection indiscutable autant que puisse donner la certitude le long intervalle entre les deux infections, le traitement de la première, intensif et comportant la combinaison d'arsenicaux, de bismuth, de mercure et de pyrétothérapie, enfin le siège en des points différents des deux accidents primaires. De la comparaison des deux infections résultent les points suivants :

Frappante concordance dans le temps d'incubation et dans l'évolution des deux infections successives.

Pas de différence dans le nombre ni la motilité des spirochètes rencontrés.

L. Hufnagel (Paris). — **Atrophies cutanées diffuses et de types multiples évoluant chez une malade insuffisante glandulaire et syphilitique.** — Dans cette communication se trouve discuté le rôle de la syphilis dans la production de ces atrophies, rôle direct ou par l'intermédiaire d'insuffisances endocriniennes.

N. Tchernogoubow et W. Rachmanow (Moscou). — **Les manifestations de la syphilis sur la peau et le système osseux dans le tabès et la paralysie générale** — Résultat de l'examen de 209 malades hospitalisés, ce travail fournit les déductions suivantes :

« Le *tabes dorsalis* peut se combiner à des manifestations typiques de syphilis active (surtout tertiaires). »

Dans l'examen de 159 cas de paralysie générale, les auteurs n'ont jamais rencontré de symptôme sûr de syphilis active, soit de la peau, soit du système osseux.

« On pourrait conclure de nos observations qu'entre *tabes dorsalis* et paralysie générale, la différence ne porte point seulement sur la localisation du processus pathologique, mais sur son caractère, à propos duquel elle s'accuse davantage. »

Stein (Vienne) rapporte le cas d'une ancienne syphilitique affectée depuis trois ans d'un herpès labial cataménial récidivant. Quand apparurent des gommes cutanées du genou droit, les éléments d'herpès labial se transformèrent sur place en gommes, indice d'une sensibilisation contemporaine de la gomme du genou.

Expérimentation sur l'animal et recherches de laboratoire.

Johan Almkvist (Stockholm). — **L'évolution de la syphilis à la lumière des recherches histologiques.** — Pour A., les trois périodes classiques de l'évolution de la syphilis ne sont qu'une division conventionnelle, car l'aspect des lésions produites dépend « non pas de l'évolution naturelle de la maladie, mais de la différente manière de réagir des différents tissus attaqués par le virus ». Cette manière se révèle pour l'épiderme par la prolifération simple, pour les petits vaisseaux par l'endo et la péri-vascularite, pour le tissu conjonctif par diverses « altérations infiltratives », pour les éléments nobles des parenchymes par des « infiltrations dégénératives ». Les lésions dites tertiaires sont liées à un processus nécrotique qui « ne représente pas une nouvelle période dans l'évolution de la syphilis », mais « un changement qui, dans certaines conditions (excès d'antitoxine, altérations vasculaires ou autres), vient s'ajouter aux altérations infiltratives ». A ces troubles portant sur le tissu conjonctif correspondent dans l'épiderme les syphilides purulentes. En somme « les diverses modifications histo-pathologiques de la syphilis ne représentent en réalité qu'une évolution uniforme et continue ». Aux trois périodes classiques, A. propose de substituer une division moins empirique, fondée sur l'histologie et qui comprend six catégories :

1° Syphilide initiale.

2° Syphilide hématogène à laquelle correspondent notamment les taches de roséole.

3° Syphilide récidivante.

4° Syphilide épithéliosique.

5° Syphilide pustuleuse.

6° Syphilide nécrotique.

Chacune de ces formes est minutieusement décrite au point de vue histologique, et l'exposé s'accompagne de belles projections lumineuses.

Grzybowski Marjan (Varsovie). — **Les lipases du sérum sanguin au cours de la syphilis.** — D'après Bergel, un rôle important dans la défense de l'organisme contre l'agent de la syphilis serait joué par l'attaque de sa couche externe lipoïdique et graisseuse par les lipases des lymphocytes. Les expériences de G. montrent que : chez les sujets syphilitiques, le taux des lipases lymphocytaires ne dépend ni du stade de la maladie ni de sa durée et que le traitement spécifique ne le modifie pas. Les variations constatées sont d'ordre individuel : elles ne dépendent ni de la maladie ni des processus de défense.

Louise Pearce. — **Etudes sur la cytologie du sang dans la syphilis expérimentale du lapin.** — Les tableaux hématologiques de la syphilis n'ont pas été décrits chez l'homme de façon univoque. La plupart des auteurs trouvent une légère leucocytose à la période secondaire d'une syphilis non traitée, mais l'accord cesse en ce qui concerne la répartition respective des diverses formes leucocytaires. Certains notent une éosinophilie. Dans les formes tertiaires, une leucocytose peut éventuellement apparaître, sans trouble du pourcentage. D'autres la décrivent comme en rapport avec une lymphocytose élevée, et liée aux sévères anémies parfois constatables à cette période. Les hématies pourraient être intéressées à la fois dans leur nombre et dans leur teneur en hémoglobine, mais seulement dans les stades tardifs tandis que, précocement, avant l'apparition de l'éruption cutanée, certains notent une réduction marquée du taux d'hémoglobine. De telles constatations ont été faites sur frottis séchés et colorés.

L. P. a voulu vérifier sur le lapin les modifications hématologiques dues à la syphilis. Dans ce but, des inoculations furent pratiquées dans le testicule de 40 animaux qui furent suivis de trois à cinq mois après l'inoculation. Dans les conditions de ces expériences, on peut relever comme caractéristiques hématologiques de la syphilis expérimentale non traitée du lapin les faits suivants : légère augmentation du nombre des hématies, dont la teneur en hémoglobine s'accroît également quelque peu. — Légère augmentation du nombre total des leucocytes, et aussi de la proportion des neutrophiles. — Augmentation marquée du nombre des éosinophiles. — Tout au début de la maladie, taux normal ou abaissé des lymphocytes, celui-ci augmentant durant la période de régression ou de guérison des lésions. — Enfin, accroissement marqué du nombre des monocytes durant la période d'activité de la maladie.

Ernst Meinicke. — **La réaction de clarification de Meinicke (M. K. R.) par comparaison avec d'autres méthodes de diagnostic de la syphilis (conclusions de l'auteur).** — 1° La M. K. R. est applicable de deux manières : en macro-réaction de clarification et en micro-réaction de floculation.

2° La technique des deux formes de la M. K. R. est de très simple

exécution et la lecture en est aisément faite. Elles permettent l'appréciation quantitative des résultats de l'expérience.

3° Les sérums hémolytiques, ictériques, troubles et contaminés sont tous utilisables pour la M. K. R. On a aussi obtenu de bons résultats par cette méthode avec le liquide céphalo-rachidien.

4° La M. K. R. est une réaction de la syphilis extrêmement sensible, tout en conservant une spécificité rigoureuse. Par la combinaison surtout de la macro et de la micro-réaction, on obtient dans la syphilis une somme de résultats positifs qui n'est atteinte par aucune des autres réactions.

5° Les cas de syphilis où le résultat négatif de la M. K. R. est en discordance avec celui des autres réactions sont assez rares. Néanmoins, il est toujours à conseiller de pratiquer plusieurs méthodes parallèlement pour garantir autant que possible la sensibilité et la sécurité des résultats.

Henri Alvarez Sainz de Aja (Madrid). — **La réaction de clarification de Meinicke (Meinicke Klærungreaction) : modification Perls ; étude comparative avec la réaction de Kahn dans 4.000 sérums.** — Dans le diagnostic sérologique de la syphilis, S. de A. recommande l'usage simultané de Meinicke, du Kahn, du Müller-Ballung et du Wassermann, les deux premiers étant ceux qui, en vertu de leur simplicité, prêtent le moins aux erreurs. L'étude comparative de ces quatre réactions a donné le résultat suivant : concordance du Meinicke et du Kahn dans la syphilis héréditaire et dans les formes actives de la syphilis primaire, secondaire, tertiaire et quaternaire. — Évidente supériorité de la réaction d'éclaircissement dans la syphilis latente. — Les résultats non spécifiques donnés par cette réaction n'ont atteint que le chiffre dérisoire de 3 o/oo. Elle surpasse le Wassermann et le Müller-Ballung aussi bien en sensibilité qu'en simplicité.

Quant à la technique de la réaction d'éclaircissement, S. de A. y introduit les modifications suivantes :

1° Coloration de l'antigène par adjonction de 0,05 de bleu Victoria pour 100 centimètres cubes (la lecture étant ainsi rendue plus facile).

2° Substitution au second tube de la réaction de deux tubes de solution carbonatée à 0,04 o/o, l'un avec 2/10 de sérum du malade, l'autre avec le sérum dilué d'après la technique originale (cette réaction à quatre tubes donnant des graduations plus nettes).

L'interprétation des résultats doit être ainsi conduite :

A. Les éclaircissements du premier tube n'ont de valeur que s'ils précèdent ou accompagnent ceux du tube de contrôle. Ceux qui apparaissent plus tard ou avec une moindre intensité sont sans valeur.

B. Les éclaircissements dans les trois derniers tubes ont toujours de la valeur et, sur 4.000 cas, S. de A. n'a jamais vu de fausses réactions positives s'y produire.

C. L'opacité dans le troisième tube après 18 heures indique une négativité maxima.

La réaction est en somme à la fois qualitative et quantitative.

RUDOLF MÜLLER. — **Sur la méthode de la M. B. R. II (1) par centrifugation dans les examens du sérum et du liquide céphalo-rachidien.** — Cette réaction se distingue par une précipitation plus intense et plus rapide qui rend la lecture plus aisée et par l'obtention d'une courbe comportant deux optima dans l'appréciation du trouble produit, au moment où l'adjonction d'extraits lipoïdiques cholestérinés a atteint la dilution convenable (obtenue par adjonction à dose croissante de solution physiologique). Douze minutes de maturation suffisent dans la M. B. R. II, où le réagène de précipitation est dans la proportion 1 : 1,5, tandis que 20 heures sont nécessaires quand le rapport de 1 : 6 à 1 : 7 est atteint comme dans la M. B. R. I. La M. B. R. II, surtout recommandable, comporte une centrifugation du mélange antigène-sérum au sortir du bain-marie.

R. MÜLLER. — **La M. B. R. dans la syphilis du lapin.** — Cette réaction, d'une particulière sensibilité, demeura négative chez les animaux exempts de syphilis. Elle donna un résultat positif dans 35 cas de chancre du lapin sur 36, au moment même de la formation du chancre ou dans un délai exceptionnellement court après celle-ci. Six animaux dont l'inoculation ne fut point suivie de chancre donnèrent un résultat négatif. La kératite métastatique ne donne en général pas de séro-récidive.

A. MARCHIONINI (Fribourg en-Brisgau). — **Différenciation des affections syphilitiques du système nerveux central par une réaction de déviation du complément obtenue au moyen d'un extrait cérébral avec le liquide céphalo-rachidien.** — La différenciation précoce si importante au point de vue pronostic et thérapeutique, de la syphilis cérébro-spinale secondaire ou tertiaire d'avec la parasyphilis, a pris une importance nouvelle du fait de la malariathérapie et de la pyrétothérapie. M. a pratiqué la réaction susdite selon la forme établie par Steinfeld, dans le liquide d'environ 300 ponctions lombaires. Près de 100 o/o des résultats furent positifs dans la paralysie générale et le tabès. Ils furent négatifs dans la syphilis cérébro-spinale, même quand étaient positives, tant les réactions colloïdales que la déviation du complément avec un extrait de cœur de bœuf. Un tel fait trouverait son explication dans la production d'auto-anticorps tissulaires spécifiques envers le tissu atteint par la syphilis (ici le tissu nerveux).

(1) MÜLLER-BALLUNG. Réaction.

R. Habermann (Hambourg). — **Recherches sur la mobilité des spirochètes.** — Étude principalement comparative entre le *Sp. pall.* et les divers spirochètes où H. se base sur les expériences faites en vue d'agir sur cette motilité, et, pour le *Sp. pall.*, déduit les relations entre le mode de cette motilité et les particularités biologiques du germe.

Richard Geiger (Vienne). — **Sur la découverte de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis précoce.** — G. a recherché le spirochète dans le liquide céphalo-rachidien de 30 syphilitiques à l'aide d'une méthode de coloration. De ses recherches il conclut :

Dans deux cas de chancre avec Wassermann positif, des spirochètes furent trouvés dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans tous les cas où le Wassermann était positif dans le liquide céphalo-rachidien, des spirochètes purent aussi y être découverts (cinq cas).

Dans une proportion relativement grande des cas où le Wassermann était négatif dans le liquide céphalo-rachidien, des spirochètes y existaient également (7 cas).

Chez les 5 sujets dont le liquide céphalo-rachidien donnait un Wassermann positif et contenait en même temps des tréponèmes, le traitement antérieur avait été insuffisant, du moins d'après nos vues actuelles.

Robert Brandt (Vienne). — **Remarques sur la conférence de R. Geiger.** — La mise en évidence de tréponèmes avec une fréquence qui surpasse de beaucoup le pourcentage d'altérations cliniques et sérologiques du névraxe montre que l'absence de celles-ci est due à une résistance naturelle et non à la difficulté de pénétration pour le microbe. Cette résistance ne correspond pas aux réactions sérologiques et cytologiques du liquide céphalo-rachidien positif, mais ce sont les cas positifs qui sont menacés de maladies nerveuses ultérieures, et l'état réfractaire comme l'importance pronostique des réactions dépendent de leur intensité.

Contrairement à ce qui a lieu sur la peau, les réactions cliniques dépendent ici de la lutte entre les microbes déjà établis et la résistance relativement élevée du névraxe.

Konrad Joseph (Vienne). — **Syphilis gommeuse et modification du liquide céphalo-rachidien.** — Sur 310 sujets atteints de gommes cutanées ou muqueuses une réaction positive du liquide fut obtenue dans 19 o/o des cas. Par contre, le pourcentage était faible quand la gomme n'était plus présente.

L'atteinte du système nerveux central, décelable par l'examen clinique à la période tertiaire, peut coexister aussi bien avec une sérologie

négative qu'avec une sérologie positive. Les examens faits (Wassermann, Meinicke, Kahn) donnèrent pourtant dans l'ensemble 93 o/o de cas positifs.

S. N. Grschebin (Smolensk). — **Modifications du liquide céphalo-rachidien dans les divers stades de la syphilis et leur signification pronostique.** — Durant 7 années. G. a pratiqué 2.500 ponctions lombaires et sous-occipitales suivies d'examen sérologique du liquide prélevé. Les ponctions ont été répétées au bout de 1 à 4 ans, 2 fois dans 110 cas, 3 fois dans 28, 4 fois dans 4 cas et 5 fois dans 1 cas. Un liquide pathologique fut obtenu dans 14 o/o des cas de syphilis primaire (dans un seul de ces cas le Wassermann était positif dans le liquide avant de l'être dans le sang). La syphilis secondaire récente donna 32,8 o/o de liquides pathologiques, la syphilis secondaire récidivante 27,5 o/o, la syphilis tertiaire active 13,1 o/o, la syphilis latente 10,4 o/o.

L'examen minutieux du système nerveux central à toutes les périodes de la syphilis montra qu'il peut être assez souvent modifié, ce qui souligne la nécessité de tels examens.

Des modifications du système nerveux central peuvent se rencontrer, quoique moins souvent, avec un résultat négatif de l'examen du liquide.

Le plus grand nombre des liquides pathologiques proviennent de cas n'ayant jamais été traités, tandis qu'on ne trouve que rarement des altérations chez les malades ayant reçu un traitement bien conduit. Les altérations du liquide rencontrées dans la période secondaire, peuvent en certains cas demeurer constantes ou même s'aggraver : aussi ont-elles une importance pronostique considérable.

Par contre, le résultat négatif de l'examen du liquide n'écarte pas le danger ultérieur, puisque ce résultat peut plus tard devenir positif. Le retour du liquide à la normale a lieu plus facilement dans les périodes précoces que dans les formes latentes de la syphilis. C'est pourquoi on doit admettre que les altérations du liquide comportent un pronostic plus sérieux dans la syphilis latente, et ceci d'accord avec l'observation clinique.

Recherches portant sur la prophylaxie ou la thérapeutique.

Mario E. Massa (Buenos-Aires). — **Les défenses naturelles dans la lutte antisyphilitique. Système réticulo endothélial et thérapeutique de la syphilis.** — D'après la conception de M., le pivot des variations évolutives de la syphilis n'est pas la race du spirochète, mais l'aptitude de l'organisme à le combattre. Cette idée née de notions physiologiques et suivie dans le domaine pathogénique conduit M. à de séduisantes interprétations et à d'originales déductions thérapeutiques que ses expériences lui ont permis de confirmer. Reprenons avec M. ces divers points.

« La sensibilité organique pour le virus syphilitique est réglée par les défenses naturelles des tissus. » Tous les tissus donc participent à cette fonction de défense, mais, un ensemble l'assume tout spécialement : c'est le système réticulo-endothélial. Parmi les moyens divers qu'il met en œuvre (phagocytose, production de ferments, d'anticorps, etc.), il en est un sur lequel insiste M. : c'est sa propriété démontrée par l'histochimie et l'expérimentation de fixer et de transformer en produits actifs certains médicaments spécifiques (on sait en effet que le salvarsan est inactif *in vitro*). Il devient donc logique d'attribuer avec M. les échecs de certains traitements, non à des races de spirochètes bismutho ou arséno-résistants, mais à une déficience du système réticulo-endothélial qui cesse de fixer et de « vitaliser » les médicaments introduits. Il est possible de rendre à ce système son tonus fonctionnel, donc de réactiver la médication en faisant alterner celle-ci à périodes fixes avec l'injection de substances protéiques diverses. Celle dont s'est servi M. est le lait écrémé et tyndallisé. Par exemple, dans le traitement abortif, M. commence par une injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de lait et continue ces injections à intervalles de trois jours et en augmentant de 1 centimètre cube jusqu'à la 5e. Elles sont intercalées entre les injections de novarsénobenzol associé ou non au bismuth. Jamais on ne fera celles-ci le même jour que les piqûres de lait : il en résulterait non pas une activation, mais un blocage du système réticulo-endothélial. La durée du traitement protéinique est d'ailleurs à régler sur les réactions individuelles et la marche de la maladie. L'augmentation des monocytes du sang (ceux-ci dérivés du système réticulo-endothélial) est l'indice de l'activité de la méthode. En procédant ainsi M. parvint à enrayer l'évolution de trois cas de syphilis active et résistant aux traitements usuels. Dans deux de ces cas fut en outre obtenue la négativation sérologique.

En somme « tout traitement chimique antisyphilitique est impuissant sans défenses organiques ». On doit donc remplacer la chimiothérapie pure par une « biothérapie rationnelle » capable, à la façon des piqûres de lait, de rendre leur efficacité aux médications classiques. Mais ces vues ingénieuses comportent d'autres conséquences encore. C'est ainsi que les accidents toxiques pourraient être dus au blocage du système réticulo-endothélial s'opposant à la fixation des médicaments. Or, un repas copieux réalise temporairement ce blocage, d'où la règle de l'interdire avant l'injection. De même, les petites doses arsenicales trop rapprochées réalisent, non des arséno-résistances, mais l'insensibilité du système réticulo-endothélial au médicament. De même encore, la malariathérapie n'est qu'un procédé du même ordre que celui de M. Enfin, à la conception de spirochètes neurotropes ou dermotropes, M. oppose celle de constitutions neuro-sensibles ou dermato-sensibles, puisque pour lui c'est l'état des défenses organiques qui règle l'évolution de la syphilis.

Emil Zurhelle (Bonn). — **Influence expérimentale exercée sur la formation du chancre et le temps d'incubation de la syphilis du lapin.** — Les expériences de Z. ont pour but de contrôler l'effet de diverses onctions ou lotions préservatrices. Quelques minutes après inoculation sur scarification, l'onction pratiquée 1/2 minute avec un produit contenant 1 o/o de cyanure d'hydrargyre exerça une préservation complète. L'onguent à 1/2 o/o n'avait qu'un pouvoir retardant sur la production du chancre. L'application 1/2 minute d'alcool à 70° montre aussi un pouvoir retardant. Avec un onguent à 1/2 o/o d'oxycyanure d'hydrargyre il y eut un faible retard dans la formation de kératite.

H. N. Cole et Torald Sollmann (avec la collaboration de J. A. Gammel, John Rauschkolb et N. E. Schreiber). — **Types d'excrétion du mercure selon les différentes méthodes d'administration.** — La tendance actuelle à l'abandon du mercure dans le traitement de la syphilis est regrettable. Les facteurs de son activité méritent une étude, d'autant plus importante que celle-ci peut nous aider à mieux utiliser les autres métaux lourds. Or, l'excrétion du mercure par les urines et les fèces peut être considérée comme reflétant sa concentration dans le sang circulant. D'autre part, « l'expérience clinique semble montrer que le maintien continu de la concentration du mercure dans le sang est bien plus importante que son intensité temporaire. De plus, il y a des raisons de croire que le mercure sous forme ionisable est plus actif que de bien plus grandes quantités en molécules organiques non dissociées ».

Les auteurs distinguent trois types d'excrétion mercurielle.

Le premier correspond à l'emploi des onctions mercurielles (d'où dépôts dans les follicules pileux), ou aux injections intramusculaires de sels difficilement solubles (calomel, huile grise). Ce type donne lieu à une lente et progressive élévation du taux du mercure dans les excreta au cours d'une administration continue et prolongée.

Dans un second type comprenant des composés ionisés plus solubles, l'excrétion mercurielle suit de près l'administration musculaire ou veineuse (bichlorure ou oxycyanure de Hg par exemple).

Un troisième type, offert par exemple par le novasurol et le salyrgan, se traduit par une prompte et forte élévation du taux de l'excrétion mercurielle, bien plus forte que pour les composés ionisables, mais qui tombe vite après l'injection.

Un quatrième type, intermédiaire, est fourni par le salicylate de mercure, et par l'emploi intraveineux de deux préparations colloïdales, le mercodel (mercure métallique) et le mersulfol. L'élévation brutale du taux comme dans le 3e type y est suivie d'une chute moins prononcée, et les injections ultérieures accusent encore une certaine tendance accumulative.

Avec toutes les préparations étudiées, une considérable proportion de

mercure se dépose dans les tissus et y demeure probablement inactive. Aux méthodes efficaces d'administration thérapeutique du mercure, on a trouvé que correspondait une continue et quotidienne excrétion urinaire de 1 à 2 milligrammes de celui-ci. Cela reflète la permanence d'un certain taux de mercure dans le sang circulant.

A. Benson Connon (Columbia). — **Rétention et élimination de l'arsenic chez les sujets syphilitiques en traitement par les arsénobenzènes.** — Examen de 114 sujets au point de vue de l'élimination de l'arsenic avec attention spéciale prêtée à ceux qui présentaient des complications. Les troubles fonctionnels du foie furent étudiés à l'aide du test quantitatif de Van den Bergh et de l'index ictérique. La courbe de la rétention arsenicale est inverse de celle de l'index ictérique. Le traitement a consisté dans l'usage de solutions fraîches de thiosulfate de soude.

B. Pontopiddan (Copenhague). — **La circulation du salvarsan dans l'organisme.** — P. donne les résultats d'une série de recherches comportant 3.000 analyses du sang, de l'urine et des fèces et de diverses épreuves organiques. La recherche de l'arsenic a été faite par la méthode de Ramberg et Sjöström.

Toutes les préparations examinées abandonnent la circulation avec une grande rapidité : en quelques heures. On ne découvrit point de régularité précise dans la répartition organique des dépôts de salvarsan. L'élimination de la masse principale du médicament a lieu rapidement, en grande partie par l'intestin (vraisemblablement par la bile), et, à un degré bien moindre, par les reins. Une semaine après une injection unique, l'élimination par l'urine et les fèces est accomplie aux 3/4, tandis que la répétition des injections la prolonge quelque peu.

G. Castelli. — **Huit ans de thérapeutique arsénobenzolique sous-cutanée.** — Les investigations de l'auteur ont été dirigées vers l'obtention de produits stables et qui résistent en solution. Le Néo I. C. I. s'est montré efficace et peu toxique.

Fr. Walter (Varsovie). — **La malariathérapie dans le traitement de la syphilis précoce.** — W. a utilisé depuis 1926 la malariathérapie et la chimiothérapie dans les divers stades de la syphilis. Sur 110 malades, 98 avaient un Wassermann positif dans le sang et qui devint négatif chez 34. La réaction positive du liquide céphalo-rachidien se négativait d'autant plus facilement que la syphilis était plus précoce. Pourtant, des échecs furent notés (aggravation de l'état du sujet dans un cas, persistance d'une réaction positive complète ou légère). Une amélioration décisive fut observée chez quelques malades. Sur un lot de dix

sujets dont l'observation avec plus de recul fut possible, la négativation avait été obtenue à la fois dans le sang et dans le liquide. Ce traitement doit donc retenir l'attention comme moyen de préserver le malade de lésions incurables.

PAUL SCHEGÖ (Budapest). — **Diagnostic, traitement et contrôle de la syphilis chez les femmes enceintes.** — Le Wassermann systématique donne à S. chez les femmes enceintes 7,4 o/o de résultats positifs. La plupart n'ont pas de symptômes et ignorent leur maladie. La contamination du fœtus n'a lieu que dans la seconde moitié de la grossesse. La mort *in utero* a lieu chez 78 o/o des femmes syphilitiques, et les enfants vivants meurent le plus souvent dans les cinq premières années, ou présentent quelque trouble syphilitique. 13 o/oo de ces enfants demeurent en vie et sans troubles.

D'autre part, le cœur, le rein et le foie des femmes enceintes sont souvent lésés, et le traitement spécifique indispensable doit épargner ces organes. Son succès est encore plus sûr quand on commence le traitement dans la seconde moitié de la grossesse. Mais à cette période l'arsénobenzol intraveineux peut produire de graves accidents, et le bismuth est souvent mal toléré. Quand il est impossible d'employer le traitement salvarsanique, S. se sert du néoïacol liquide en injections intramusculaires. 38 femmes à Wassermann positif furent ainsi traitées. Pendant la grossesse, 1 à 3 séries comportant 3 à 4 grammes furent administrées par injections bi-hebdomadaires de 0 gr. 60 à 0 gr. 80. Après le traitement, 80 o/o des Wassermann avaient été négativés, et 57 o/o des enfants étaient vivants, sans symptômes, également avec un Wassermann négatif.

Le Wassermann doit être fait au début de la grossesse, à un moment où, 2 ou 3 séries étant possibles, l'enfant peut être préservé de la contamination.

HUGO HECHT (Prague). — **Mercure ou bismuth.** — H. apporte les résultats d'observations de plusieurs années concernant à la fois sa clientèle privée, l'une des plus grandes organisations d'assurance des malades à Prague, enfin la clinique dermatologique allemande de la même ville (ses observations remontant à dix années pour cette dernière). Les 3/5 des malades seulement se sont présentés avec assez de régularité pour qu'on puisse faire état de leur cas. Tous ont, d'autre part, été traités par l'arsénobenzène, en sorte qu'on puisse apprécier les effets du métal lourd combiné avec ce produit, en faisant la part de différences inévitables. Les trois combinaisons employées ont été : salvarsan et bismuth, salvarsan et mercure, salvarsan-bismuth-mercure.

Dans les traitements entrepris dès l'accident primaire, l'association bismuth-salvarsan a une légère avance sur l'association mercure-salvarsan, mais que l'auteur rapporte plus à la proportion réciproque des

malades qu'à l'activité thérapeutique vraie. Par le même procédé, plus de résultats durables sont également obtenus dans la syphilis secondaire, mais l'auteur attribue cette apparence au fait que le traitement arsenical était moins intensif au moment où l'usage de l'associer au mercure prévalait. Enfin, l'association des trois médicaments donne les meilleurs résultats, autant qu'on puisse juger sur le nombre restreint des cas où cette combinaison fut pratiquée.

Hecht. — L'abortion de la syphilis à la période primaire doit réussir. Le succès dépend de la *précocité* du diagnostic et du traitement, traitement *intensif* par arsenic, bismuth et mercure combinés. Après un traitement convenable, ce n'est que par infime exception que la parasyphilis peut survenir. Nous constatons que presque tous les parasyphilitiques ont reçu un traitement tout à fait insuffisant. H. considère qu'on peut affirmer la curabilité de la syphilis mais qu'au moins trois séries complètes d'une combinaison médicamenteuse intensive sont nécessaires pour atteindre un tel résultat.

G. Verrotti (Catane). — **Superinfection et thérapeutique immunitaire dans la syphilis.** — V. a étudié la superinfection sous le rapport de la valeur possible d'une vaccinothérapie pratiquée à l'aide de tréponèmes vivants prélevés sur des chancres et inoculés à la peau sur scarification dans sept cas de syphilis.

La régression des lésions cutanées sous cette seule influence n'est ni générale, ni égale, ni constante. Pour celles qui avoisinent le foyer d'inoculation, le processus varie d'une fugace et légère réduction à une guérison complète et rapide. L'action vaccinante se fait sentir soit avant, soit pendant l'établissement du foyer de superinfection.

La chimiothérapie succédant à cette superinfection en acquiert une activité plus grande et plus durable, même dans les cas où les lésions de superinfection n'avaient pas été apparentes. Le développement de ces lésions exprime l'état immunitaire cutané lié à la première infection.

L'action vaccinogène et la superinfection peuvent se développer parallèlement, mais en quelques cas, ce n'est que la chimiothérapie qui met en lumière l'action vaccinante. L'immunité histiogène liée à la première ou à la seconde infection joue le rôle dominant dans ces variations.

De telles expériences ne seraient nullement dangereuses pour un organisme déjà infecté. On doit admettre, vu également les recherches faites sur la luétine, qu'une vaccinothérapie de la syphilis est possible, et que, même dans les formes nerveuses organiques, elle renforce notablement l'influence de la chimiothérapie sur les signes cliniques, l'état du sérum et celui du liquide céphalo-rachidien.

P. B. Photinos. — **Un cas rare de 230 injections de néo-salvarsan chez une malade hérédo-syphilitique.** — Une jeune fille de 17 ans se présente

à l'hôpital André Syggros d'Athènes, porteuse de lésions gommeuses multiples liées à une syphilis héréditaire. Wassermann positif.

Depuis 1922 jusqu'à 1929, cette jeune fille pesant environ 45 kilogrammes, a reçu 230 injections de néosalvarsan dont 190 de 90 centigrammes. Pourtant, aucun signe d'intolérance ou de saturation arsenicale ne s'est manifesté. En revanche, la guérison n'a pas été obtenue, le Wassermann est encore positif (bien qu'il eût été parfois négatif). Il faut donc classer un tel sujet parmi les demi-arséno-résistants (Gougerot).

De Favento (Trieste). — **Critères de guérison de la syphilis.** — F., après avoir brièvement résumé les vicissitudes du traitement abortif de la syphilis de 1910-30 et avoir exposé les opinions et les résultats obtenus par les syphilologues, rapporte une statistique personnelle de 35 cas avec Wassermann négatif, soignés abortivement par trois séries de traitement mixte arsénobenzolique (3 gr. endov.)-mercuriel (12 injections Hgs.) et tenus en observation dans une période de onze à seize ans.

Il rapporte deux cas de récidive et deux réinfections.

Il considère donc 33 malades comme guéris en se basant sur les contrôles cliniques, sérologiques et familiaux rigoureux et sur le long temps passé.

L'auteur est convaincu de la guérison des malades soignés énergiquement dans le tout premier stade de la syphilis (*résumé de l'auteur*).

E. Ciambelotti (Sienne). — **Action sédative d'une préparation organique de strontium sur le syndrome douloureux du tabès.** — Le Biostron Zambeletti calme les douleurs des tabétiques, toujours notablement, presque toujours complètement ; par son administration endoveineuse ou intramusculaire, certains troubles moteurs même seraient améliorés, 10 centimètres cubes tous les 7 à 10 jours ou des doses plus fortes et plus fréquentes seront utiles suivant les sujets. Les formes tertiaires et quaternaires bénéficieraient en outre du médicament associé à d'autres produits.

THÈME III. — LA TUBERCULOSE CUTANÉE ET SON TRAITEMENT

RAPPORTS

H. G. Adamson (Londres). — **La tuberculose de la peau et son traitement.** — A. consacre son travail au seul groupe des tuberculides, et ne s'attache qu'à celles universellement reconnues comme telles, dont il élimine :

1° Le *lupus érythémateux*, notamment à cause de son apparition tardive.

2° Le *lupus pernio* et la *sarcoïde de Boeck* qui ne sont pour lui que deux stades d'une même maladie, le lymphogranulome bénin.

3° La *sarcoïde de Darier et Roussy*.

Quant aux vraies tuberculides, A. les passe brièvement en revue. Relevons avec lui quelques points.

L'*érythème induré* a été décrit par Bazin en 1866, mais c'est Colcott Fox qui nota la possibilité de son ulcération. Le même auteur montra que les indurations contenaient une sécrétion huileuse, et non purulente comme dans les gommes.

Le *lichen scrofulosorum* a été décrit par Hébra en 1863. Cet auteur insistait déjà sur les adénopathies présentées en même temps par les sujets.

L'*acné scrofulosorum*, notre actuelle tuberculide acnéiforme, a une abondante synonymie, dont quelques termes semblent impliquer une lésion sudoripare primitive. En fait, Tenneson et Leredde ont montré que glandes et conduits n'étaient atteints qu'occasionnellement et secondairement. La difficulté de déceler des bacilles dans les lésions a fait naître deux théories incriminant l'une les toxines (Hallopeau), l'autre des bacilles affaiblis (Darier).

La plus récente est la théorie pathogénique générale des tuberculides de Jadassohn. Cet auteur les attribue à une sorte de phénomène de Koch, à une destruction brutale *in situ* de bacilles virulents par des organismes hypersensibilisés. La reproduction expérimentale des tuberculides par Gougerot et Laroche et l'analogie du mécanisme prêté au *lichen scrofulosorum* et au lichen syphilitique sont en faveur de cette théorie. Elle explique aussi l'allure respective du lupus multiple et

persistant, survenant chez des sujets anergiques, et des tuberculides acnéiformes, où l'état de sensibilisation interdit la persistance de bacilles vivants *in situ*. Une vérification est ici fournie par les cas intermédiaires où certains foyers se développent et prennent alors le type lupique.

Quelle est la relation des tuberculides avec ce que les classiques nommaient la scrofule ? On croit généralement que celle-ci est un état constitutionnel favorisant l'infection. La circulation périphérique languide de ces sujets favoriserait la fixation du bacille. Cette explication cadre avec le siège de l'érythème induré, mais non avec celui du *lichen scrofulosorum*. A. note d'autre part la coïncidence possible des tuberculides avec certains états oculaires d'origine strumeuse.

La rareté relative des tuberculides est l'un des points sur lesquels insiste A., qui a pourtant observé à l'hôpital environ 60.000 cas d'affections cutanées dont un bon nombre, semble-t-il, chez des sujets tuberculeux, scrofuleux ou adénopathiques. Cette rareté lui semble présentement inexplicable.

La valeur pronostique des tuberculides est une importante question de pratique. Le *lichen scrofulosorum* s'associe plus fréquemment que d'autres formes à d'autres manifestations tuberculeuses ou scrofuleuses (adénopathies cervicales ou médiastinales, lésions cutanées, osseuses, viscérales. Cette coïncidence est rare dans la tuberculide acnéiforme, l'érythème induré, et la tuberculide papulo-nécrotique.

Ces formes procèdent néanmoins de métastases de bacilles issus de foyers ganglionnaires, et non pas osseux ou viscéraux. Elles témoignent d'ailleurs d'un état allergique peu compatible avec l'activité de foyers de cette sorte. Le pronostic est donc dépendant du maintien de l'état allergique et de la facilité d'agir sur le foyer ganglionnaire.

La question est plus difficile pour l'érythème induré, dont la limite est mal tranchée avec certaines érythrocyanoses bénignes. A. ne regarde comme tuberculeuses que les formes où les lésions sont ulcérées ou s'associent avec une tuberculose ganglionnaire ou des tuberculides.

Le traitement des tuberculides doit avant tout viser, non pas l'éruption, mais les lésions ganglionnaires qui sont à sa base. Soit les annihiler, soit maintenir ou renforcer le pouvoir de résistance, tels sont les buts à poursuivre.

L'échec des sels d'or dans le lupus vulgaire a détourné A. de leur essai dans les tuberculides. Il a obtenu par contre de nombreux succès par l'iodine employée à larges doses de façon prolongée. Les ganglions cervicaux se sont alors graduellement affaissés et les éruptions n'ont plus reparu.

« Il est important de mettre le patient dans les meilleures conditions hygiéniques possibles, avec vie au grand air, bonne nourriture et repos au lit si les tuberculides sont persistantes ou s'ulcèrent. Quelque bénéfice peut être tiré des bains de lumière ultra-violette avec dosage soigneux.

Je crois le traitement par la tuberculine non seulement inefficace, mais actuellement dangereux. Nous n'avons pas de moyen pour apprécier l'effet, même de doses minimes de tuberculine chez un sujet déjà hypersensibilisé à la tuberculose, et nous pouvons aussi bien troubler un équilibre déjà favorable des réactions d'immunité et le faire pencher vers la mauvaise voie que l'en écarter.

S'il existe des ganglions cervicaux hypertrophiés comme c'est si souvent le cas, et s'ils ne s'affaissent point par le traitement hygiénique et par l'iodine à l'intérieur, je suis d'avis que l'avulsion chirurgicale est toujours indiquée, comme étant la manière la plus satisfaisante de se défaire d'un foyer d'infection, peut-être isolé et seul existant. »

Axel Reyn (Copenhague). — **Le traitement de la tuberculose de la peau.** — Ce travail n'est pas une revue de tous les traitements utilisés. R. les mentionne par groupes, ne s'attache qu'aux plus usités, et parmi eux, spécialement à la Finsenthérapie.

Le traitement local est indispensable dans presque toutes les formes de tuberculose, à commencer par le *lupus vulgaire*, dont R. traite en premier, mais il doit être éclectique et proportionné aux indications individuelles. L'étendue et la profondeur des lésions, leur ancienneté, leur tendance extensive fournissent les principales indications pronostiques et thérapeutiques. Ce traitement local comprend trois formes :

1° Traitement par des topiques médicamenteux sur lequel R. passe rapidement. Ce n'est qu'un adjuvant, d'ailleurs effacé par les procédés diathermiques.

2° Traitement par les radiations.

3° Procédés chirurgicaux divers.

TRAITEMENT PAR LES RADIATIONS

Sa forme la plus ancienne et la plus importante est le *traitement par le Finsen*. Celui-ci agit à la fois par la réaction inflammatoire qu'il produit et par ses effets bactéricides.

Le traitement original de Finsen, à la lumière concentrée de l'arc au charbon, est de loin supérieur à celui par la lampe au mercure de Kromayer comme le prouvent les statistiques, celle notamment de l'Institut Finsen qui enregistre 90 o/o de guérisons. Mais mieux vaut encore ne pas l'entreprendre que de le faire sans une méthode approfondie et une correction parfaite dans tous les détails. Parmi ceux-ci R. mentionne « l'ajustement correct de l'appareil, l'exacte régulation de la lampe à arc au charbon, la plus scrupuleuse propreté de tous les points donnant passage à la lumière, le placement correct et la surveillance méticuleuse du patient durant le traitement ; toutes questions qui sont absolument décisives pour les résultats ».

Une autre condition fondamentale est « la conduite strictement méthodique du traitement ». La lumière agit électivement sur les cellules malades en épargnant les saines, mais sa profondeur de pénétration est minime, même favorisée par la compression, et elle développe une photo-résistance. Il faut donc que les applications se suivent l'une l'autre sur la même place dans un minimum de temps. Aussitôt qu'a disparu la photo-réaction de la séance précédente, et encore plus tôt si faire se peut, la suivante doit être faite de manière à détruire tout le tissu lupique aussi promptement que possible. Souvent même le traitement est poursuivi un certain temps après que tout signe macroscopique de lupus a disparu, en vue de prévenir les récidives. Même après, le malade doit être suivi pour qu'on puisse enrayer à son début tout développement ultérieur.

La méthode de R. consiste à traiter énergiquement le malade jusqu'à guérison ou semi-guérison. Après quoi il est licencié pour trois mois. A son retour, traitement de tous les points malades reparus et de nouveau repos de trois à six mois. La surveillance ultérieure doit s'étendre sur plusieurs années. Si après un ou plusieurs traitements demeurent quelques foyers lupiques isolés, ils sont excisés, à la condition que leur pourtour soit absolument guéri.

Il est important de commencer les irradiations le long des bords de la lésion, en empiétant sur la peau d'apparence saine. On gagne ensuite progressivement vers le centre, chaque anneau irradié empiétant un peu sur le suivant.

On a tenté d'améliorer la méthode en la faisant précéder de l'introduction locale ou générale de divers photo-sensibilisateurs chimiques (éosine, proflavine, etc.) jusqu'à présent sans succès. Long et coûteux, le traitement par le Finsen apparaît pourtant économique, si l'on songe aux individus qu'il permet de conserver à la vie sociale active.

Les résultats du traitement du lupus par le Finsen sont appréciés par R. sur près de 800 sujets traités dans une période de 10 ans et surveillés ensuite. Chez 90,1 o/o d'entre eux, la guérison fut obtenue définitive. C'est d'ailleurs le cas général quand elle se maintient 3 ans. Près des deux tiers des malades furent guéris dès la première ou la seconde année du début du traitement. 32 cas de récidives légères apparurent, dont 26 dans les 6 premières années, mais on en a vu même 15 ans après la fin du traitement. Des opérations plastiques pourraient causer de telles récidives, aussi sont-elles à déconseiller si leur nécessité n'est pas absolue. Les cas extensifs ou à lésions muqueuses non guéries donnent naturellement les plus nombreuses récidives.

En somme, le pourcentage excellent obtenu (82,1 o/o de guérisons en tenant compte de tous les cas) tient à deux causes : la précocité fréquente du traitement et l'introduction des bains de lumière. Une surveillance de plusieurs années est ensuite nécessaire. « Faire simplement disparaître les nodules lupiques n'est pas toujours en fait une

chose très difficile. La difficulté consiste à maintenir permanente cette disparition, ou, en d'autres termes, à assurer une guérison durable et réelle. » La cicatrisation est en général idéale. Le Finsen est donc une des meilleures méthodes, pourvu qu'on s'en serve avec soin et discernement. On devra d'ailleurs souvent lui associer d'autres procédés.

D'autres radiations ont été appliquées au traitement du lupus, surtout celles *de Röntgen*. Leur usage modéré est un adjuvant utile au traitement des lupus hypertrophiques ou ulcéreux localisés. On se gardera des doses trop fortes et des séances trop répétées, origine de radiodermites ou de carcinomes. « Ici, à l'Institut, nous nous servons généralement de filtres d'aluminium d'un ou 2 millimètres, et nous donnons au plus 3/4 de la dose d'érythème. Nous la répétons un petit nombre de fois, avec des intervalles d'environ 6 semaines, et, autant que possible, nous donnons le traitement par le Finsen en connexion avec celui par les rayons X, parce qu'ainsi, nous compensons les effets nocifs des rayons de Röntgen sans perdre leurs bienfaits. »

Le radium et le mésothorium, moins usités, comportent les mêmes risques.

TRAITEMENTS CHIRURGICAUX

L'excision est le meilleur et le plus rapide des traitements quand elle est possible et faite complètement, en surface comme en profondeur (technique de Lang de Vienne).

Le curetage est dangereux, défigure, et peut provoquer la granulie.

Les scarifications sont douloureuses. *Les cautérisations* sont à remplacer par les procédés modernes. *La diathermie* donne des succès sous forme d'électro-coagulation ou d'excision par le bistouri électrique, mais demande une grande expérience de la méthode.

Les indications respectives des divers procédés varient selon chaque cas. Le Finsen est surtout à conseiller quand une cicatrice souple et peu visible est nécessaire et que l'extirpation ne serait pas satisfaisante. Les greffes à la face sont inesthétiques. Au nez, la rapidité d'infiltration rend l'excision impossible si la lésion n'est pas minuscule. De plus, sur 258 lupus du nez, guéris à l'Institut, 223 intéressaient en même temps la partie antérieure de la cavité nasale.

Ces cas sont à traiter par le Finsen. On le combinera avec d'autres méthodes dans les formes extensives de la face à autres localisations. Bref, les sièges nasaux, palpébraux ou autres similaires du lupus sont au premier chef pour R. les indications du Finsen. Celui-ci peut enfin intervenir pour parachever les résultats d'autres procédés.

Si aucune organisation ne peut être visitée assez souvent par le malade, il faut le traiter par des caustiques, comme le pyrogallol, combinés avec un traitement général.

TRAITEMENT LOCAL DANS D'AUTRES FORMES DE TUBERCULOSE CUTANÉE

Tuberculose verruqueuse. — L'excision est indiquée sauf en cas de siège digital, quand la réunion par première intention serait impossible. Les rayons X sont à rejeter.

En cas d'excision impossible, le Finsen est le meilleur traitement, précédé ou non de cautérisations selon les cas.

Lupus primaire et tuberculose conjonctivale. — Excision dans les cas légers. Sinon, Finsen selon la technique spéciale décrite par R.

Tuberculose colliquative. — Avant dégénérescence, excision. Après l'abcès, ouverture et Finsen.

Érythème induré. — Le traitement général est le plus important. En cas d'ulcération, topique local. En même temps, bains de lumière et compression de la jambe maintenue pendant la nuit.

Tuberculose ulcéreuse de la peau. — Forme rebelle, en général liée à une tuberculose pulmonaire. Le traitement général est ici essentiel.

Dans les autres formes, le traitement local est rarement nécessaire. Le traitement général prend le pas sur lui.

CHIMIOTHÉRAPIE

Elle a échoué jusqu'à présent. L'usage des *sels d'or* a été abandonné à l'Institut Finsen à cause des réactions produites et de la médiocrité des résultats, que l'or soit employé seul ou comme adjuvant du Finsen. De même, *le cuivre* est douloureux et peu efficace.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il est indispensable, vu la nécessité, d'agir sur les foyers internes si souvent coexistants. Chez les lupiques de l'Institut, 32 o/o présentaient des signes cliniques de tuberculose pulmonaire, et 20 o/o des signes radiologiques seulement.

L'huile de foie de morue est recommandable. Par contre, R. blâme l'usage de *l'iodure de potassium*, dangereux en cas de tuberculose pulmonaire, et qui n'est justifiable que pendant trois semaines au plus, comme traitement d'épreuve, si l'on soupçonne une syphilis lupoïde.

L'insuline à faible dose combinée avec l'ingestion d'hydrates de carbones est recommandée par R. pour engraisser les malades.

La tuberculine n'est qu'un adjuvant de peu de valeur. Par contre, les *bains de lumière, solaire ou artificielle*, ont la plus grande importance dans le traitement des tuberculoses cutanées, et leur usage a notablement accru le pourcentage des guérisons obtenues à l'Institut. En revanche, il rend plus fortes les réactions produites par le traitement local au Finsen.

Les bains de soleil en plein air sont à préférer, surtout au bord de la mer (les bains de mer pouvant servir d'adjuvant), ou à la montagne.

S'il y a impossibilité, on peut leur substituer des bains de lumière artificielle (avec de préférence une lampe à arc au charbon pourvue d'un courant assez fort), et concurremment avec la cure d'air et des bains. Pour les enfants, plus sensibles, la lampe à mercure peut suffire.

Régime de Sauerbruch. — Sans sel et riche en vitamines, il mérite le plus grand intérêt.

PROPHYLAXIE

Elle consiste surtout dans l'isolement des sujets tuberculeux, l'instruction populaire, l'éloignement et la surveillance des enfants exposés, le traitement des enfants débiles ou affaiblis, l'hygiène du logement et une nourriture abondante et saine. R. mentionne les espoirs que fait naître l'immunisation par la méthode de Calmette, et insiste sur la nécessité d'un diagnostic précoce. La prévention et le traitement de la tuberculose cutanée sont une tâche de grande ampleur, digne des plus larges efforts.

CO-RAPPORTS

E. Bruusgaard (Oslo). — **La tuberculose cutanée de l'enfance et sa signification.** — B. donne ici les conclusions d'une enquête faite sur 100 enfants de 0 à 15 ans, atteints de diverses formes de tuberculose cutanée, surtout lupus vulgaire et tuberculose colliquative. Ces enfants ont été suivis de longues années durant. Sont envisagés le mode de contamination, le pronostic, la porte d'entrée et quelques conséquences de prophylaxie.

La contamination, en règle générale, a lieu au propre domicile de l'enfant, entré en contact intime avec un porteur de tuberculose pulmonaire ouverte. L'enquête familiale s'impose. Elle aboutit le plus souvent à la mise en cause d'un des parents, habituellement la mère.

« La porte d'entrée a été pulmonaire dans la grande majorité des cas. Le fait a été manifeste surtout dans le premier âge où la tuberculose des poumons et des ganglions bronchiques domine très souvent le tableau clinique. On voit là, comme dans une expérience, succéder à la primo-inoculation pulmonaire l'invasion des lésions cutanées. » Par contre, la contamination cutanée directe et primitive ne joue qu'un rôle minime et B. ne l'a vue que trois fois sur 24. Il n'a jamais vu la lésion primaire être nasale, buccale, laryngée ou conjonctivale.

Le fait de la lésion primitive pulmonaire assombrit l'avenir du malade, et celle-ci représente au point de vue clinique le fait capital. Cette lésion originelle peut pourtant passer inaperçue et l'évolution ultérieure seule en faire la preuve. Elle peut, même dans les deux premières années, se réduire à des adénopathies trachéo-bronchiques.

Plus les enfants sont âgés, plus l'examen pulmonaire demeure souvent négatif. Mais la régression de la lésion primitive ou l'impossibilité de son décelage radioscopique n'autorisent pas à l'exclure. La réaction focale à la tuberculine serait alors d'après B. un moyen diagnostique précieux, malgré la cause d'erreur éventuelle d'un ensemencement pulmonaire secondaire.

Le pronostic dans le premier âge est toujours sérieux, mais pas si grave qu'on pourrait croire. « Même dans les cas où l'organisme est pénétré du virus tuberculeux, où un organe après l'autre se prend en une série rapide, avec fièvre élevée, la maladie peut être surmontée. » Plus souvent encore l'allure est différente. « La maladie se réduit à une tuberculose des ganglions bronchiques sans signes cliniques caractéristiques, et décelable seulement par les rayons et la réaction de V. Pirquet. » Une phlyctène, une petite gomme, une légère périostite peuvent apparaître et s'effacer dans le cours de quelques mois. Dans les périodes de silence ultérieur de la maladie, on doit toujours néanmoins veiller sur les ganglions bronchiques. Cette localisation persiste de façon prolongée et peut aboutir à une dissémination ultérieure avec atteinte méningée terminale fréquente. Quand la période dangereuse est franchie, le pronostic s'améliore notablement.

La contamination a lieu par contiguïté ou par voie hématogène. La contamination indirecte, par des objets chargés de bacilles ne semble pas jouer un rôle important, non plus que la superinfection exogène, néanmoins possible. « Comme facteur extérieur adjuvant, le traumatisme, surtout s'il est prolongé, joue un rôle qu'il ne faut pas sous-estimer, principalement dans le lupus. »

Les conditions de contamination mettent en cause avant tout le bacille humain. C'est donc contre lui qu'on doit surtout diriger la prophylaxie. Le rôle essentiel de celle-ci doit en conséquence être le dépistage des tuberculoses pulmonaires ouvertes à la fois chez les lupiques eux-mêmes et dans leur entourage.

José S. Covisa (Madrid). — **La tuberculose cutanée.** — C. aborde en premier lieu quelques points de nosologie régionale et de classification. En Espagne comme ailleurs, la fréquence du *lupus tuberculeux* domine celle des autres formes. Le *lupus érythémateux* appartient dans l'ensemble aux tuberculoses cutanées, vu sa répartition géographique semblable à celle du précédent, son électivité pour les mêmes régions anatomiques, et d'autres motifs encore. Entrent avec lui dans le même groupe *l'érythème pernio, l'érythrocyanose sus-malléolaire, l'érythème induré,* l'état d'acro-asphyxie qui accompagne ces trois derniers soulignant leur parenté. Le *granulome annulaire* serait une tuberculide. Quant à *l'érythème polymorphe,* ce serait un syndrome parfois d'origine tuberculeuse, mais pas selon le sens qu'entend Ramel.

Comme traitement de la tuberculose cutanée, C. emploie sans doute

les diverses thérapeutiques locales classiques ainsi que l'héliothérapie naturelle et artificielle. Mais, « nous avons, dit-il, une singulière prédilection pour les traitements généraux, basée dans notre opinion sur ce qu'un grand nombre des tuberculoses cutanées, inclus le lupus tuberculeux, dépendent d'une origine endogène; et nous avons besoin d'utiliser la thérapeutique qui exerce une action directe sur le foyer initial, et ne se limite pas à agir sur les lésions cutanées et muqueuses se présentant à notre observation ». Dans cet ordre d'idées, trois méthodes ont les préférences de C. : ce sont la tuberculinothérapie intradermique, la chimiothérapie par les sels d'or et le traitement diététique de Sauerbruch, Hermannsdorfer et Gerson.

La tuberculinothérapie intradermique a sa base théorique dans la doctrine de l'ésophylaxie de Hoffmann et dans celle de l'immunité locale de Besredka. C. utilise l'alt. tuberculine par injections à doses progressives dans les bras ou à la périphérie de la lésion. Cette forme de la tuberculinothérapie à des doses qui vont de 0,1 pour 100.000 à un maximum rarement employé de 1 pour 15 est la plus active, n'entraîne pas de réactions dangereuses, guérit enfin les tuberculides et 30 o/o des lupus.

La chimiothérapie par les sels d'or n'est pas exempte d'accidents sérieux. Sur un groupe de 24 malades chez la plupart desquels on avait atteint 1 gramme de sanocrysine par injection, C. note, outre quelques poussées fébriles et quelques vomissements répétés, 8 cas d'albuminurie légère et transitoire, 8 de stomatite, 1 syndrome fébrile avec éruption à type herpétique et érythrokératodermique, 2 érythrodermies intenses. Cliniquement, amélioration des lésions cutanées, mais, chez quelques malades, faiblesse accentuée, et, dans deux cas, graves altérations générales. Actuellement, C. ne dépasse pas 40 centigrammes par injection, et a pu réduire considérablement les accidents, sans nuire aux effets thérapeutiques.

Quels sont ces effets ? Sur le *lupus érythémateux*, ils sont remarquables. « Les lésions congestives disparaissent rapidement. » Quant aux productions sèches, dures, rugueuses de l'herpès crétacé, leur régression est plus lente, « mais on observe la désinfiltration de la peau et la disparition de la rigidité ». Les sels d'or sont donc un des meilleurs traitements de cette maladie.

En ce qui concerne le *lupus tuberculeux*, les sels d'or ne sont pas supérieurs aux traitements plus anciens. Les améliorations obtenues par eux « auraient pu être atteintes avec les médicaments couramment utilisés ». C. note pourtant une « notable désinfiltration des lésions avec disparition quelquefois du lupus et cicatrisation rapide des cas ulcéreux ».

Les 2 scrofulodermes et les 4 lymphomes que comprenait la statistique de C. furent améliorés, mais assez lentement, et pas toujours avec succès définitif.

Quant au *traitement diététique de Sauerbruch, Hermansdorfer et Ger-*

son, il a été parfaitement toléré. Utilisé par C. sur 10 lupus tuberculeux, il a constamment provoqué « une désinfiltration accentuée des lésions et la disparition évidente des lupomes ». Cette désinfiltration a pu permettre le rétablissement de la respiration nasale abolie, « les lésions ulcéreuses et végétantes du *lupus excedens* s'aplanissent et augmentent de consistance, la friabilité et la mollesse du tissu pathologique disparaissant ».

En somme, les trois méthodes les plus intéressantes sont la tuberculinothérapie intradermique, l'usage des sels d'or, enfin le traitement diététique.

Paul François (Anvers). — **Traitement du lupus vulgaire.** — F. insiste d'abord sur la nécessité d'un diagnostic précis, notamment avec les syphilides tuberculeuses et les hybrides tuberculino-syphilitiques, ensuite sur les éléments du pronostic de curabilité qui sont pour lui :

Le point de départ endogène ou exogène du lupus.

La participation ou non-participation des muqueuses.

Le précocité du diagnostic.

Probablement, la race bacillaire en cause.

Le traitement, général et local, doit être immédiat. « Il doit être très surveillé et très prolongé, et, lorsque la guérison apparente est obtenue, il faut, pendant au moins trois ans, tenir le malade en observation suivie avant de le déclarer guéri. »

Comme traitement général, F. préconise surtout les règles classiques d'hygiène, l'emploi prolongé d'huile de foie de morue blonde, les eaux chlorurées sodiques fortes, les bouillons-vaccins de Denis et les bains de lumière généraux à l'arc voltaïque. « Les terres rares et l'or ne sont pas à conseiller. L'éther benzylcinnamique de Jacobson aide à cicatriser les lupus ulcérés et à diminuer l'œdème des lupus élevés, mais n'amène pas la guérison. »

Comme traitement local, F. énumère les méthodes qui lui ont le mieux réussi dans sa pratique. Au lupus fermé de la face, il oppose la Finsenthérapie ou, si possible, une extirpation large. Au lupus ulcéré, pustuleux, au lupus végétant du nez conviennent les scarifications suivies d'emplâtres mercuriaux. Après cicatrisation, on traite comme un lupus fermé. Si les muqueuses sont prises, il faut les traiter sous peine de récidive. Par ailleurs les caustiques, la haute fréquence, la radiothérapie superficielle, les scarifications pourront selon les cas concourir au traitement.

Les mêmes principes sont applicables au lupus des mains et des pieds. Plans et fermés, ils relèvent de la Finsenthérapie. S'ils sont végétants ou ulcérés, on les cicatrisera d'abord par un râclage suivi d'applications d'acide pyrogallique. Quant au lupus des membres et du tronc, il sera autant que possible extirpé largement en évitant d'ensemencer le champ opératoire, ou sinon, électro-coagulé. F. considère que par un

diagnostic plus précoce, on parviendra à guérir 95 o/o des lupiques. Quant au traitement local à suivre, il varie avec le siège des lésions, leur étendue, leur âge et la condition sociale du malade. « Un lupus siégeant à la figure ou aux mains demande des méthodes conservatrices et esthétiques ; un petit lupus permettra l'usage de méthodes qui ne guériraient pas un grand lupus ; un lupus jeune guérit plus facilement qu'un vieux lupus ; enfin, si le malade n'est harcelé ni par le temps, ni par la question d'argent, il guérira plus sûrement qu'un pauvre hère qui ne peut consacrer à son traitement ni le temps, ni l'argent nécessaires. »

A. Jesionek (Giessen). — **Tuberculose cutanée.** — Le traitement de la tuberculose cutanée doit comporter la suppression, non seulement de son agent microbien, mais encore des modifications produites par lui sur les tissus. Les affirmations suivantes étayent les idées de J.

L'immunité des animaux sauvages envers le bacille tuberculeux serait due à l'action lytique de leur lymphe tissulaire, et liée aux bonnes conditions que réalise l'état de nature pour leur tissu cutané. La domestication compromet cette propriété.

Quand l'animal est contaminé, son avenir et le type de sa tuberculose dépendent des substances réfractaires tuberculeuses dues aux réactions qui se déroulent entre le bacille et les éléments tissulaires, et qui portent atteinte au pouvoir destructif de la lymphe tissulaire envers le bacille. L'adsorption par les éléments fixes de ces substances entraînées dans la circulation représente une seconde défense. Elle s'exprime par une inflammation aiguë et suppurée du foyer tuberculeux. L'affaiblissement du pouvoir défensif de ces éléments fixes permet aux bacilles d'attaquer les tissus et de modifier leur développement au point de réaliser à leurs dépens le follicule tuberculeux.

Une troisième étape défensive est représentée par divers complexes cellulaires de l'organisme. Leur mise en jeu relève l'activité des cellules épidermiques et de la lymphe tissulaire. Mais la destruction du bacille n'empêche pas l'action localement nocive de ses toxines.

En somme, « c'est de la peau que proviennent les substances dans lesquelles nous avons à chercher les forces de résistance de l'organisme tuberculisé ». Ce seraient la lymphe tissulaire et une « antituberculine épidermidale ». Elles auraient à lutter contre les « substances réfractaires » issues du foyer malade.

D'après ces développements, la thérapeutique de la tuberculose cutanée devrait consister à soumettre à nouveau et de façon rationnelle l'organe cutané aux mêmes stimulations qui le mettaient chez l'homme primitif à l'abri de la tuberculose. Lumière, influences mécaniques et thermiques, ces dernières ne devant pas troubler la température optima pour l'organe cutané que l'organisme lui fournit. Il faut de plus fournir aux cellules cutanées des aliments qui ne troublent ni leur chimisme

ni leurs fonctions défensives, et le régime de Sauerbruch-Hermannsdorfer-Gerson a ouvert la voie vers cet ordre d'idées.

R. Volk (Vienne). — **Tuberculose cutanée.** — Dans l'énorme domaine de la tuberculose V. ne s'attache qu'à quelques points. Tels sont : le rôle des diverses variétés du bacille de Koch, les services que peut rendre la tuberculine, le rang à donner à certains syndromes dans le cadre de la tuberculose cutanée, enfin quelques précisions d'ordre thérapeutique.

Chez l'homme, l'infection tuberculeuse de la peau est due au bacille humain, sauf dans quelques exceptions. On connaît une centaine de cas où le bacille bovin était en cause. Ces variétés bacillaires jouent dans la détermination de la forme clinique un rôle bien moindre que le mode d'infection, le degré d'immunité, la constitution du sujet, et d'autres conditions inconnues de nous. Les rares cas où le rôle du bacille aviaire fut établi (l'un d'eux provient de V.) confirment cette règle, puisqu'ils comprennent des formes d'allure classique et d'autres à évolution très atypique. Quant au virus tuberculeux filtrable, V., sans nier son existence, ne la tient point encore pour démontrée.

L'usage thérapeutique, local ou général, de la tuberculine gagne à être combiné avec d'autres méthodes (sels d'or par exemple). Plus intéressant est son emploi dans un but diagnostique. Mais l'absence de réaction chez un sujet non cachectique ne doit pas faire exclure la tuberculose : elle peut être due à une anergie positive en rapport avec un taux plus important d'immunité. Par contre, des réactions focales positives ont été obtenues chez des lépreux ou des porteurs de syphilis tuberculoïde. Enfin, l'hypersensibilité de l'organisme tuberculeux explique qu'il réagisse à d'autres substances que la tuberculine. La spécificité de la réaction à la tuberculine n'est donc que relative. Elle garde pourtant sa valeur, et peut même aider à la distinction de la variété bacillaire en cause (tuberculine aviaire). C'est par un dosage soigneux qu'on élimine la cause d'erreur due aux réactions de groupe.

La classification des formes cliniques de la tuberculose cutanée n'est pas encore au point. Pour V. le lupus pernio est à distinguer du lupus vulgaire, mais non de la lupoïde miliaire de Bœck. La cause de ces syndromes est d'ailleurs discutée, rapportée par les uns à la tuberculose, par d'autres à un état lymphogranulomateux, dû lui-même au bacille bovin pour Schaumann. V. en admet l'origine tuberculeuse et a vu dans un cas succéder sur place une lupoïde miliaire à des plaques lupiques.

De la même façon, V. veut confondre sous le nom de tuberculose cutanée indurée les formes de sarcoïde de Darier et Darier-Roussy et l'érythème induré de Bazin, en se basant sur leurs analogies et leur éventuelle coexistence. Par contre, le lupus érythémateux est pour lui à exclure de la tuberculose.

Au point de vue thérapeutique, plusieurs moyens permettant d'atteindre le but, la question est de trouver le meilleur et le plus prompt.

Finsenthérapie, bains de lumière ont rendu de grands services. La méthode opératoire a permis à V. 95 o/o de succès durables et rapides sur 1.300 cas. Elle donne des résultats certains si l'on s'en tient aux règles de Lang, peut-être encore facilités et prolongés par l'usage du bistouri électrique.

L'influence du régime alimentaire a encore accru nos ressources thérapeutiques, mais son mode demeure discuté. La déchloruration est utile pour les uns, non pour d'autres. V. conteste l'utilité de l'orientation de l'équilibre acido-basique du côté basique. Il a vu, malgré une équilibration inverse, de violentes réactions suivies d'involution des tubercules lupiques se succéder d'un foyer à l'autre sur le même malade, comme dans une réaction intrafocale à la tuberculine. La combinaison des traitements par la lumière et par le régime accélère l'évolution. En somme, une combinaison heureuse et adaptée à chaque cas, des diverses méthodes, y compris l'usage des cautérisations, donnera les meilleurs résultats.

Ed. Rabello (Rio de Janeiro). — **Les tuberculoses cutanées. Leur incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud**. — Deux faits sont mis en relief dans cet important travail : la fréquence dans le continent sud-américain de causes d'erreur inconnues ou exceptionnelles en Europe dans le diagnostic des affections cutanées dépendant de la tuberculose, et la rareté de ces affections elles-mêmes.

Suivons R. dans l'énumération des causes d'erreur. *La lèpre* est l'une des plus importantes, et peut s'accompagner d'une structure tuberculoïde des lésions. Elle peut donner lieu principalement au type des lupoïdes, mais aussi à celui de l'érythème induré, des sarcoïdes hypodermiques, du granulome annulaire, de l'érythème polymorphe et de l'érythème noueux. Dans les cas douteux on ne peut compter, ni sur les réactions à la tuberculine, ni sur les méthodes de dépistage sérologique de la lèpre. L'inoculation est le meilleur critérium.

La leishmaniose tégumentaire représente elle aussi une cause d'erreur notable et sa connaissance en Amérique du Sud a considérablement diminué la proportion des cas étiquetés lupus. Elle aussi peut offrir une structure tuberculoïde. Elle simule surtout les formes mutilantes du lupus et les formes verruqueuses et framboesoïdes, parfois aussi la sarcoïde dermique. R. recommande pour aider au diagnostic les intradermo-réactions avec un antigène de *leishmania*, ou de *trypanosoma equiperdum* qu'il est plus facile de se procurer.

Certaines formes de *blastomycose*, surtout le granulome coccidioïde, plus rarement la dermatite blastomycétique, peuvent simuler les tuberculoses fougueuses. Des lésions gommeuses colliquatives dues à la même mycose ressemblent au scrofuloderme. La chromo-blastomycose imite de très près la tuberculose verruqueuse. Les frottis, les cultures, les coupes permettent de découvrir le parasite, et l'intradermo-réaction avec des filtrats de culture est positive.

L'*acladiose*, plus rare, peut simuler une tuberculose fougueuse.

Quant à la rareté en Amérique du Sud des lésions cutanées dépendant de la tuberculose, elle contraste avec la fréquence au Brésil de la tuberculose pulmonaire, mais est attestée par toutes les statistiques concernant les États sud-américains. Reproduisons ici le tableau publié par R.

TUBERCULOSE CUTANÉE

Pourcentage sur le total des cas d'affections cutanées

Formes cliniques	Brésil		Uruguay		Argentine	
	Total de cas	Prop. pour 100	Total de cas	Prop. pour 100	Total de cas	Prop. pour 100
Lupus vulgaire	6	0,022	33	0,165	24	0,190
Scrofuloderme	13	0,049	11	0,055	3	0,023
Tuberculose verruqueuse .			19	0,095	13	0,100
Lichen scrofulosorum . .	1	0,003	2	0,010	4	0,031
Ulcère tuberculeux. . .					5	0,039
Lupus érythémateux . .	73	0,274	145	0,725	103	0,820
Erythème induré de Bazin.			8	0,040	5	0,039
Lupus pernio.	1	0,003				
Tuberculide pap. nécr. .	2	0,007	8	0,040	10	0,079
Granulome annulaire . .	2	0,007				
Sarcoïde de Bœck . . .			1	0,005		
Sarcoïde de Darier-Roussy	1	0,003				

L'étude d'ensemble faite par R. met en relief d'importantes notions étiologiques. C'est ainsi que « la tuberculose cutanée, peu fréquente en Amérique du Sud, le devient de plus en plus, à mesure que nous descendons des régions équatoriales du Nord du Brésil jusqu'en Uruguay et en Argentine, à l'extrême Sud du continent ».

C'est ainsi encore que la prédisposition des diverses races n'est pas la même. « Il y aurait lieu d'admettre des degrés dans la susceptibilité qui, minima pour les Nègres, irait en augmentant à mesure que l'on se rapprocherait des types plus clairs. » Les Blancs, les Indiens, les Noirs et les Métis de ces diverses catégories groupées au Brésil y offrent à cet égard un champ d'observation exceptionnel. R. suggère à ce sujet l'opinion que la lumière des régions équatoriales, plus riche en rayons biologiquement actifs, serait à la base de ces différences, et il établit une comparaison entre l'effet des ultra-violets sur l'équilibre acido-basique (qui pour Rost vire du côté acide sous leur influence), et celui du régime acidophile de Sauerbruch, Hermannsdorfer et Gerson.

DISCUSSIONS ET COMMUNICATIONS LIBRES

Études cliniques ou pathogéniques.

Paul Ravaut (Paris). — **Les deux grandes formes de la tuberculose cutanée et leurs causes (texte original).** — « En raison de leur aspect clinique, de leur évolution, des résultats de l'expérimentation, nous distinguons deux grandes formes de tuberculose cutanée.

L'une correspond au lupus et aux tuberculoses cutanées banales, tubercules, formes végétantes, verruqueuses, etc.

L'autre est représentée par une série de lésions qui, bien que très différentes d'aspect, présentent cependant des caractères communs : ce sont celles que M. Darier groupa et baptisa du nom de tuberculides en 1896. Par l'étude étiologique, clinique et surtout histologique, il les a rattachées à la tuberculose ; mais malheureusement lorsque l'on voulut faire la preuve de cette conception par le véritable critérium de la recherche du bacille de Koch, les résultats furent presque constamment négatifs.

Alors que dans le lupus et les tuberculoses cutanées les résultats des inoculations sont très fréquemment positifs, dans les tuberculides, au contraire, ils sont presque toujours négatifs, l'on cite comme des faits rarissimes ceux dans lesquels les inoculations ont été positives.

C'est sur le terrain expérimental surtout que s'opposèrent l'une à l'autre ces deux formes de tuberculose, aussi n'osant pas les assimiler, M. Darier baptisa-t-il le groupe qu'il venait de créer du nom de tuberculides, puis en 1923, sous l'influence de faits que j'avais publiés en 1913, il leur donna le nom de tuberculoïdes.

Au cours de ces dernières années, les notions nouvelles sur les éléments filtrables du bacille de Koch nous amenèrent à nous demander si les tuberculides ne seraient pas en rapport avec cette nouvelle forme du parasite de la tuberculose.

Cette étude fut commencée l'année suivante, en 1927, dans mon service à l'Hôpital St-Louis et dans le laboratoire du Pr Calmette à l'Institut Pasteur. Dans une première communication à la Société de Biologie (8 juin 1929) nous rapportions avec MM. Valtis et Nélis deux cas, l'un de tuberculides papulo-nécrotiques, l'autre de sarcoïdes dans lesquels les tissus de ces malades inoculés à des cobayes, produisirent une infection analogue à celle obtenue par l'inoculation des éléments filtrables du bacille de Koch, avec présence de bacilles tuberculeux typiques dans le système ganglionnaire.

Peu après, encouragés par les heureux résultats de cette première série de recherches d'une part, frappés d'autre part par la multiplicité

des lésions présentées par certains malades atteints de tuberculides, par la soudaineté de certaines formes véritablement éruptives, nous étions conduits à étudier la virulence de leur sang par les mêmes méthodes de recherches. Tout récemment, nous communiquions à l'Académie de Médecine de Paris (séance du 1er juillet 1930) avec MM. Valtis et Van Deinse les résultats de l'inoculation au cobaye du sang d'une malade atteinte de tuberculides papulo-nécrotiques. Par des inoculations intra-péritonéales et sous-cutanées de son sang, répétées à plusieurs reprises, nous provoquions chez la plupart de nos animaux des lésions analogues à celles que produit l'inoculation de l'ultra-virus tuberculeux. Par de multiples inoculations, nous démontrions la virulence de son sang, non seulement au moment de l'éruption, mais encore huit mois après sa disparition.

En nous révélant la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans des tuberculides papulo-nécrotiques, dans des sarcoïdes et dans le sang d'une malade atteinte de tuberculides papulo-nécrotiques, ces constatations nous autorisaient à poser un problème plus général et à nous demander s'il n'était pas légitime de considérer deux grandes formes de tuberculose cutanée :

1° L'une correspondant aux tuberculides et produite par l'ultra-virus tuberculeux parvenant au contact de la peau par la voie sanguine.

2° L'autre répondant au lupus, aux tuberculoses banales, déterminée par la forme bacillaire du bacille de Koch, et d'origine externe.

Bien qu'il existe probablement des formes mixtes, cette opinion me paraît d'autant plus soutenable qu'elle est d'accord avec des recherches que je poursuis depuis plusieurs années sur l'origine externe du lupus, je publierai prochainement les faits sur lesquels je l'ai basée.

Nous nous sommes également demandés, si chez ces malades atteints de tuberculides, fortement allergiques en général, cette évolution bénigne de la tuberculose n'est pas due à l'action immunisante de l'ultra-virus tuberculeux. Cette hypothèse nous semble d'autant plus justifiée que dans un mémoire récent MM. Calmette et Valtis (*Annales de l'Institut Pasteur*, juin 1930) montraient que l'ultra-virus tuberculeux confère un certain degré de résistance aux infections d'épreuve de virulence moyenne.

En matière de thérapeutique, il est également intéressant de distinguer ces deux formes de tuberculose cutanée car elles réagissent très différemment aux divers modes de traitement.

L'on conçoit que les affections du groupe des tuberculides soient beaucoup plus accessibles aux traitements généraux ; l'on connaît déjà les bons résultats fournis par la chimiothérapie avec l'iode, l'arsenic, les sels d'or et surtout avec les médications spécifiques comme la tuberculine, les divers antigènes récemment proposés comme celui de Vaudremer, les antigènes méthyliques de Nègre et Boquet ; ils nous ont donné, ces temps derniers, de très beaux résultats. Il y a même avantage à

associer ces deux modes de traitement, chimiothérapique et spécifique.

Au contraire, contre le lupus, les tuberculoses bacillaires de la peau, ces mêmes agents ont une action beaucoup plus lente et paraissent souvent inefficaces. Contre ces formes, les divers modes de traitement local paraissent plus rapides, mais à condition qu'ils puissent atteindre le bacille de Koch qui siège parfois très profondément dans la peau, ou dans le tissu cellulaire et les lymphatiques : les récidives constatées à la suite des divers traitements nous le montrent nettement car très souvent c'est en plein centre de lésions, cicatrisées en surface, que l'on voit apparaître, dans la suite, des points lupiques venant émerger de la profondeur. C'est pour cette raison que les méthodes permettant sans danger une action profonde sont les plus efficaces. De toutes, nous préférons les scarifications suivies d'application de pommade à l'antimoine selon la formule de M. Darier et surtout la diathermo-coagulation. J'ai déjà insisté au Congrès des Dermatologistes de langue française, tenu à Bruxelles en 1926, sur les avantages et les beaux résultats de cette précieuse méthode. Je l'utilise toujours, avec la plus grande satisfaction, car il est souvent possible de détruire rapidement en une seule séance, et de guérir définitivement des lupus ou des foyers tuberculeux assez étendus.

Tels sont les faits nouveaux que je désirais soumettre à ce Congrès en espérant qu'ils seront l'amorce de recherches plus complètes sur l'étiologie jusqu'alors discutée des tuberculides. »

E. Engel (Rome). — Les lésions tuberculeuses de la peau peuvent être d'origine externe, hématogène, lymphatique ou résulter d'une propagation directe.

Les tuberculides sont d'origine hématogène et toujours en rapport avec des thrombo-phlébites des petites veines, lésion primaire qu'une enquête histologique sérieuse permet de retrouver. Leur aspect clinique est déterminé par leur siège (sous-cutané, dermique, péri-folliculaire), leur évolution (nécrose, ulcération, etc.), et des conditions accessoires (stase, œdème, etc.).

Le lupus par inoculation externe est rare. La voie hématogène est possible. Mais presque toujours l'origine réside dans des lésions de tuberculose chirurgicale (Lymphadénites, lésions des petits os, arthrites, synovites, rhinites, dacryocystites, etc.) transmises par voie lymphatique ou par diffusion directe. De cette origine témoignent le siège des lésions et leur mode de propagation (extension d'un lupus du nez aux joues et à la région sous-maxillaire suivant l'anneau lymphatique naso-buccal, etc.).

Il s'ensuit que, comme y insistait le Pr Philippson, la prophylaxie du lupus consiste à traiter les lésions d'origine avant qu'elles aient pu se transmettre à la peau. Enfin, quand la lésion cutanée est établie, la même condition doit être observée pour prévenir les récidives, conjointement avec le traitement local.

Syndromes spéciaux.

Nicolau et Blumenthal (Bucarest). — **Sur un cas de lésions gommeuses cutanées et ostéo-cutanées dues au bacille tuberculeux aviaire.** — Évolution chronique chez une campagnarde de 29 ans. « Le développement des cultures à 42°, leur aspect morphologique, ainsi que l'inoculation chez les animaux nous autorisent à considérer ce bacille comme appartenant au type aviaire. »

H. Freund (Berlin). — **A propos de l'affection dénommée angiolupoïde de Brocq-Pautrier.** — Sur quatre cas observés, F. note des infiltrats massifs très semblables à ceux du lupus vulgaire, tandis que les parties profonde et marginale se rapprochent du tableau classique de la sarcoïde de Boeck. Aucun bacille de Koch ne fut décelable, ni dans les coupes, ni par inoculation, mais trois fois les épreuves tuberculiniques furent positives, une fois avec réaction générale.

E. Ramel (Lausanne). — **De l'étiologie tuberculeuse de l'érythème exsudatif multiforme (Hebra) (Texte original).** — Dans plusieurs travaux antérieurs, l'auteur a défendu l'étiologie tuberculeuse de l'érythème exsudatif multiforme idiopathique de Hébra, en démontrant que chez les porteurs de cette dermatose il était possible de déceler dans le sang et dans les efflorescences cutanées même, la présence de bacilles de Koch (atténués pour le cobaye), nonobstant l'absence de toute tuberculose clinique chez les sujets examinés. L'inoculation du sang ou d'extrait d'efflorescence des sujets porteurs d'érythème polymorphe, déterminait chez le cobaye des altérations inflammatoires discrètes, régressives et non mortelles, dont la nature tuberculeuse devenait évidente par la méthode des inoculations successives. Grâce à sa méthode des inoculations successives au cobaye, l'auteur avait pu exalter dans 6 cas la virulence du bacille de Koch en le transformant par passages successifs en une souche tuberculeuse de type bacillaire humain, très virulente. Ces recherches expérimentales ainsi que la conception personnelle de l'auteur ont été d'ailleurs longuement développées dans son rapport présenté au IVe Congrès des Dermatologues de langue française à Paris en 1929. L'auteur a poursuivi ses recherches et rapporte actuellement sur 21 cas d'érythème exsudatif multiforme, dont le diagnostic, indiscutable déjà au point de vue clinique, fut vérifié dans la plupart des cas par l'examen histologique. De ces 21 cas, 15 comportaient un développement spontané, survenant, à deux exceptions près, chez des sujets indemnes de tuberculose clinique. Deux patients seulement avaient présenté autrefois une tuberculose fibreuse des sommets, guérie cliniquement d'ailleurs depuis longtemps, au moment où ces patients contractèrent la première poussée d'érythème polymorphe. Dans six autres cas, l'éry-

thème polymorphe était consécutif à une maladie intercurrente, ou paraissait déclenché par des traumatismes physico-chimiques variés, qui pouvaient faire douter de la nature idiopathique de l'éruption. Il s'agissait en fait d'érythèmes exsudatifs multiformes intercurrents, ou, comme l'auteur les a appelés, provoqués. Car, pour ceux-ci comme pour les 15 cas d'érythèmes polymorphes spontanés, l'auteur a pu démontrer la même étiologie tuberculeuse. Dans les 21 cas, en effet, la méthode des inoculations successives au cobaye a permis d'inoculer le cobaye par le sang des malades et de réaliser par des passages successifs une tuberculose de plus en plus virulente : avec obtention dans 11 cas jusqu'ici, d'une culture de bacilles tuberculeux de type humain, aussi virulente que n'importe quelle souche de laboratoire. A noter dans 2 cas la tuberculisation directe, lentement évolutive, des cobayes injectés. Dans les 19 autres cas, l'inoculation n'a produit que des lésions discrètes, non mortelles pour le cobaye, et dont la virulence fut régulièrement exaltée par les passages ultérieurs. Ce développement en échelons de la virulence est si constant, les altérations macroscopiques permettent si bien de suivre la voie suivie par le virus tuberculeux à partir de la porte d'entrée, qu'aucun doute n'est permis sur la validité de ces résultats expérimentaux. Dans deux cas correspondant au type de l'hydroa vésiculeux de Bazin, l'examen direct de la sérosité des efflorescences au moyen d'une technique spéciale a permis d'y révéler la présence *in situ* de bacilles acido-résistants, dont la nature tuberculeuse fut prouvée par le résultat positif de l'inoculation de l'efflorescence cutanée au cobaye.

En outre, dans trois cas d'érythème polymorphe fébrile, l'auteur a constaté la présence de bacilles de Koch dans l'urine aussi bien que dans le sang des malades. Il s'agissait en fait de bactériurie tuberculeuse transitoire, sans formation de foyers tuberculeux durables dans les reins. L'intradermo-réaction à la tuberculine ancienne de Koch s'est révélée le plus souvent très positive chez la plupart des patients examinés. Toutefois, dans un cas d'érythème polymorphe fébrile, dont la nature tuberculeuse fut révélée et démontrée par l'inoculation du sang, de l'urine et de l'efflorescence au cobaye, les cuti-réactions à la tuberculine ancienne de Koch, répétées à plusieurs reprises à intervalles de deux à trois semaines ont donné un résultat constamment négatif. Cette exception singulière illustre le rôle capital du terrain constitutionnel dans la sensibilisation par la tuberculine et infirme une fois de plus l'importance diagnostique de la cuti-réaction tuberculinique.

L'auteur, s'appuyant sur le résultat positif des inoculations obtenues aussi bien dans les érythèmes polymorphes provoqués que dans les érythèmes spontanés, d'apparence idiopathique, réfute une fois de plus la conception erronée selon laquelle l'érythème polymorphe n'est qu'un syndrome toxi-infectieux relevant d'étiologies multiples. En réalité, pour l'auteur, l'érythème exsudatif multiforme, décrit par Hébra, recon-

naît toujours quelles que soient les circonstances de son apparition, une étiologie tuberculeuse. Tout se passe comme si l'érythème exsudatif multiforme n'était qu'une tuberculose hématogène atténuée, de structure non folliculaire. Idiopathique le plus souvent, cette dermatose peut être déclenchée (6 fois sur 21) par des mécanismes biologiques ou physico-chimiques très divers et se comporter comme une maladie de sortie. La coexistence dans deux cas d'érythème polymorphe et d'herpès simplex confirme cette façon de voir.

Ramel (Lausanne). — **Erythèmes noueux et polymorphe (Discussion).** — « Nous réservons strictement les noms d'érythèmes noueux et polymorphe aux synthèses cliniques réalisées l'une par Willan et l'autre par Hébra, tout en attribuant aux deux types d'érythème une étiologie tuberculeuse exclusive. » Ces érythèmes peuvent apparaître à titre idiopathique. Ils peuvent aussi jouer le rôle d'une maladie de sortie. « Tel était le cas d'un érythème polymorphe observé chez une de nos malades au décours d'une syphilis secondaire. »

G. Riehl jun. (Vienne). — **Sur des formes rares de tuberculose de la peau** — 4 cas sont ici exposés :

1° Tuberculose papillomateuse hypertrophique anale.

2° Tuberculose tumorale papillomateuse proche de son début, mais avec hyperkératose et lymphangiectasies.

3° Tuberculose fongueuse de l'aîne à allure serpigineuse.

4° Tuberculose de la peau et des parties molles du bras gauche avec caséifications musculaires entourées de tissu calleux, éléphantiasis et formations tumorales superficielles et aplaties.

Brünauer (Vienne). — **Formation de tubercules multiples fibromateux cutanés ou sous-cutanés sur les grandes ou petites articulations ou dans leur voisinage.** — Chez une vierge de 39 ans atteinte d'un *lupus tumidus* et *exulcerans* apparurent vers la face d'extension des deux genoux et des deux coudes des tubercules fermes rouge bleuâtre, de la taille d'une noix, avec d'autres plus petits aux faces d'extension de certaines articulations métacarpo-phalangiennes. Lésions tuberculeuses vertébrales, conjonctivales, pulmonaires.

J. Schaumann (Stockholm). — **Lymphogranulome bénin.** — Le lymphogranulome bénin mérite une place à part du fait des lésions osseuses qui l'accompagnent, ainsi que l'a souligné Adamson. Mais ces lésions, expression d'altérations lupoïdiques de la moelle osseuse, correspondent à l'atteinte du système lymphatique, atteinte qui justifie la remarquable constance de lésions tonsillaires, à rechercher comme confirmation diagnostique.

FR. WIRZ (Münich). — **Le développement du lupus du nez.** — Il existe pour W. deux sortes de lupus du nez. Dans la première, qui ne se distingue en rien des formes atteignant les autres points du corps, la cavité nasale peut être indemne. Non traitée, elle peut aboutir à la destruction du nez.

La seconde forme se révèle par des lupomes demeurant isolés des années durant parfois. La cavité nasale est presque toujours atteinte, et c'est de sa muqueuse que proviennent les germes implantés sur la peau. Sans doute propagée par voie lymphatique, cette forme est facilement curable quand le foyer muqueux a été mis hors de cause.

STEIN (Vienne). — **Tuberculose colliquative multiple.** — S. rapporte un cas de tuberculose colliquative multiple sans lésions pulmonaires en activité et sans fièvre avec production de grosses gommes cutanées et péri-articulaires. L'intradermo-réaction avec une dilution de tuberculine à 1/100.000 était fortement positive. Le tableau clinique rappelait la syphilis, la sporotrichose et la morve chronique.

Recherches de laboratoire.

LÖWENSTEIN (Vienne) préconise une méthode de décelage du bacille tuberculeux dans le sang des sujets par culture, et qui surpasserait de beaucoup les méthodes usuelles d'inoculation. 600 examens ainsi pratiqués donnèrent de surprenants résultats, particulièrement dans les formes métastatiques, même apyrétiques où 80 o/o de succès furent obtenus.

La même méthode donna semblable résultat dans 34 cas de rhumatisme articulaire aigu typique.

KREN et LÖWENSTEIN (Vienne). — **Au sujet de la pathogénie des tuberculides.** — K. et L. ont appliqué aux porteurs de tuberculides le procédé de culture du bacille de Koch à partir du sang circulant mis au point par l'un d'eux (Löwenstein).

Sur 9 lupus érythémateux, le résultat fut positif dans 7 cas. Sur 8 tuberculoses cutanées 6 fois. Sur 27 tuberculides 20 fois (ceci sans tenir compte des résultats qui pourront n'apparaître qu'après cette publication, éventualité possible vu la lenteur de développement des cultures). De tels résultats, en même temps qu'ils renversent la théorie toxinique des tuberculides montrent aussi la réalité dans la tuberculose d'une bacillémie chronique, décelable en dehors de toute poussée, fébrile ou non. Le point de départ des manifestations éventuelles est en général les vaisseaux ou capillaires sanguins, presque toujours déjà lésés, et que traversent les bacilles pour pénétrer dans les tissus. La localisation des tuberculides aux parties exposées au froid (notamment

la jambe pour l'érythème induré) reçoit de ces faits une justification. C'est aux conditions de superinfection et d'immunité que K. et L. attribuent l'absence habituelle de production chez l'adulte d'une tuberculose miliaire.

Ce n'est pas seulement le bacille humain qu'on peut déceler par le procédé de L. Le type des gallinacés a pu être mis en évidence dans un cas de tuberculide papulo-nécrotique.

Urbach (Vienne). — **De l'importance de la nouvelle méthode de culture de Lœwenstein dans le diagnostic des tuberculoses atypiques de la peau.** — U. observa un certain nombre de lésions cutanées, partie nodulaires, partie ulcérées, dans lesquelles l'allure clinique atypique, l'absence de tableau histologique caractéristique, l'absence de bacilles de Koch et l'hémoculture négative empêchaient le diagnostic. La méthode de culture de Löwenstein permit alors de mettre en évidence le bacille trois fois dans le sang, une fois dans la peau d'un autre malade.

Le milieu utilisé comprend principalement de l'asparagine, de l'œuf, de la fécule de pomme de terre, de la glycérine et du rouge Congo.

Dittrich (Kiel). — **Tuberculides et hémoculture** — D. rappelle notamment que la mise en évidence de bacilles de Koch dans le sang circulant au cours des tuberculides ne démontre pas l'existence d'un rapport direct entre ce bacille et la lésion. Pour que la preuve soit valable, il faut en même temps trouver le bacille *in situ*, de même que dans une endocardite, la preuve de l'origine gonococcique n'est pas fournie par la seule gonococcémie, mais comporte la découverte du gonocoque dans les végétations. Tout en reconnaissant la valeur de l'hémoculture selon le procédé de Löwenstein, D. émet la supposition que les foyers ganglionnaires puissent être l'origine des bacillémies constatées.

Fischl Friedrich (Vienne). — **Filtrabilité du virus tuberculeux.** — F. ne considère pas comme résolue la question du virus tuberculeux filtrable. Ses propres expériences d'inoculation du filtrat au cobaye ne sont pas en faveur de la thèse d'après laquelle la seule forme cachectisante traduirait l'action de ce virus, et tendraient plutôt à faire admettre que des fragments microbiens ont pu traverser les pores du filtre. Il impute à la faible virulence du filtrat et à la défense organique le fait que les injections intrapéritonéales n'ont pas été suivies de contamination. A noter que tous les animaux inoculés offrent pourtant une réaction positive à la tuberculine.

Gans (Heidelberg). — **Réaction de fixation et traitement diététique.** — G. n'a pas obtenu la guérison complète du lupus par le seul traitement diététique, mais dans les formes exsudatives, des rétrocessions notables et qui ont permis de rendre le malade à sa profession.

A l'aide d'un extrait spécial de bacille de Koch, Witebsky a recherché à Heidelberg la déviation du complément dans le sérum des malades, et l'a obtenu en général précisément dans ces formes exsudatives. Également positifs étaient deux cas de tuberculose cutanée ulcéreuse et un cas de tuberculose verruqueuse. Sept lupus érythémateux donnèrent des résultats négatifs. Il en fut de même de presque tous les lupus tuberculeux à forme sèche et squameuse.

Bettmann (Heidelberg) insiste sur l'intérêt de la capillaro-microscopie des tuberculides et des foyers lupiques pour surveiller l'évolution ou la régression. Sur des places lupiques semblant complètement guéries, l'organisation des vaisseaux masque des restes pathologiques.

Thérapeutique générale et traitement diététique.

Porcelli (Livourne). — En Italie, le lupus vulgaire, peu fréquent, se rencontre moins souvent que d'autres formes et que les tuberculides. — Il y a tendance actuelle à abandonner la lampe de Kromayer pour l'instrumentation de Finsen combinée aux bains de lumière, ces derniers pouvant parfois suffire à eux seuls (rarement néanmoins dans le lupus). Par ailleurs, la prévention par envoi des enfants prédisposés à des colonies de mer et de montagne est d'une primordiale importance.

Marceron (Paris). — Ayant dirigé ces dernières années le laboratoire de photothérapie de l'Hôpital St-Louis, M. considère le traitement local du lupus comme indispensable, celui-ci devant être éclectique. La Finsenthérapie, traitement long et onéreux, est pour lui à réserver « aux sujets, surtout féminins, qui ont intérêt à conserver le maximum d'esthétique ». Il utilise également d'autres procédés, ultra-violets, électro-coagulation, scarifications et curetage suivi d'applications de permanganate porphyrisé (avec anesthésie locale pour ces deux dernières méthodes), enfin, dans certaines limites, radiothérapie et ignipuncture.

Mais il faut de plus un traitement général pour accélérer la marche de la cure et prévenir les récidives. De tels résultats s'obtiennent à l'aide des antigènes de Nègre et Boquet et des allergines de Jousset dont M. développe plus longuement le mode d'emploi et les effets.

Bremener. — **Lutte contre la tuberculose cutanée dans l'U. R. S. S.** — B. expose la façon dont est comprise dans l'U. R. S. S. la lutte contre la tuberculose cutanée. Recherche des malades, propagande, mesures facilitant le diagnostic précoce. — Amélioration des conditions d'hygiène des malades (alimentation, logement, etc.).

Le traitement, avant tout général, utilise notamment l'héliothérapie naturelle, pour laquelle la Russie offre de grandes ressources. Le traitement local n'est pas négligé. Enfin, dans les 3 centres de groupement des malades ou luposoriums, tous les patients capables de travailler sont astreints à le faire quotidiennement pendant 6 heures.

BLUMENTHAL, FRANZ, BÖLNER et HÖFER (Berlin). — **Au sujet du traitement de la tuberculose cutanée.** — Le régime de Hermannsdorfer, Sauerbruch et Gerson peut suffire seul à la guérison de tuberculoses cutanées. Quelques réactions générales peuvent apparaître dans le cours de celui-ci. Il faut les interpréter comme des indices du processus curatif. Tels sont l'accroissement de la vitesse de sédimentation des globules rouges en ce qui concerne la résorption progressive du foyer, l'abaissement des leucocytes et la courbe des numérations pour ce qui regarde les processus curatifs généraux. Une combinaison de ce régime avec les méthodes antérieures permet d'abréger le traitement. Les auteurs considèrent notamment le régime de Gerson et l'héliothérapie générale comme les bases du traitement, auxquelles on ne doit renoncer que par exception et pour des motifs sérieux. Il faut ajouter un traitement local chaque fois que c'est possible. Le traitement doit s'adapter non pas seulement à chaque cas individuel, mais de plus à chacune des modifications évolutives que chacun de ces cas peut présenter.

JOSÉ M. PEYRI et JOSÉ MERCADAL (Barcelone). — **Etat actuel du traitement de la tuberculose cutanée. Nos résultats sur le traitement diététique.** — D'après P. et M., il faut se garder d'être exclusif en matière de traitement du lupus et des tuberculoses cutanées. A condition que l'esthétique le permette, le meilleur traitement des petits lupus est l'extirpation complète de la lésion et d'une épaisseur suffisante de la zone saine qui l'entoure. Parmi les divers traitements externes conseillés, P. et M. utilisent les scarifications suivies d'applications de solutions concentrées de permanganate, les pâtes réductrices, la cryothérapie, mais surtout dans les cas localisés et comme préparation à des moyens plus actifs. Le rôle essentiel appartient à la photothérapie, mais le radium a lui aussi d'excellentes indications à la condition de ne pas dépasser la mesure. Par contre, P. et M. rejettent la Röntgenthérapie.

Comme traitements internes, P. et M. ne croient aux bienfaits ni des sels rares, ni de l'éther benzylcinnamique. Les tuberculines réussissent surtout dans les tuberculides papulo-nécrotiques. Ni elles ni les sels d'or n'ont été de grands progrès dans le traitement du lupus et des tuberculoses cutanées.

Il n'en est pas de même du régime de Sauerbruch, dont la base est l'acidification diététique produite surtout par la qualité des aliments. P. et M. donnent leur conception minutieuse de la mise en œuvre

de ce régime qui comprend notamment l'exclusion du sel commun comme condiment. Un malade de 60 kilogrammes reçoit à peu près par jour 162 grammes de graisse, 90 grammes d'albuminoïdes et 122 grammes d'hydrates de carbone.

L'utilisation de cette diététique pour un lot de malades sans lésions viscérales et qui continuaient leurs occupations habituelles n'a guère donné lieu qu'à des gastralgies passagères. En revanche, l'augmentation de poids est généralement rapide dans les deux premiers mois, pour se poursuivre ensuite dans des proportions moindres. Elle s'accompagne d'euphorie et d'une augmentation de l'appétit quand celui-ci est diminué (à part un cas de répugnance pour le lait que comportait le régime). Pour ce qui regarde les lésions locales, les toxi-tuberculides sont notablement améliorées. Les lésions récentes et les formes ulcéreuses et gommeuses sont celles qui tirent le meilleur parti du régime. Dans les autres formes, J. et M. n'ont pas noté de progrès durant 6 mois d'observation. Ils conseillent néanmoins dans tous les cas le traitement diététique, parce qu'il est souvent actif, ne comporte pas d'accidents, et peut être combiné avec toute autre thérapeutique, locale ou générale.

Urbach (Vienne). — **De l'influence sur la peau d'un régime avec restriction du chlorure de sodium.** — Tous les sujets présentant à la peau soit de la tuberculose, soit d'autres maladies inflammatoires ont un taux de chlorures hématique et cutané accru.

Sur 11 cas de lupus soumis à un strict régime de Gerson, il y eut abaissement du taux des chlorures cutanés.

Dans quatre autres cas qui, lors de la détermination, présentaient des réactions cliniques définies, il y eut élévation marquée du taux. Dans les cas soumis au régime de base, il y eut toujours accroissement marqué du taux des chlorures cutanés.

Seule notre méthode montre le taux complet des chlorures.

Le régime de Gerson comporte une restriction du chlorure de sodium alimentaire, mais non du chlorure de potassium. Ce dernier se trouve en grandes quantités dans les produits végétaux qu'utilise le régime. Donc le taux des chlorures cutanés n'est pas un indicateur suffisant dans l'évaluation de l'abaissement du chlorure de sodium cutané.

P. Wichmann (Hambourg). — **Récents résultats du traitement diététique de la tuberculose cutanée ou muqueuse.** — Le régime de Gerson peut donner lieu à de frappantes améliorations, dans des cas isolés à la guérison anatomique ou, par contre, à des aggravations. On ignore quel est le mode d'action de ce régime, mais le degré de la déchloruration doit être proportionné à chaque individu pour que s'exerce l'influence favorable.

KOGOJ (Zagreb). — **Traitement diététique des tuberculoses.** — L'influence du régime de Hermannsdorfer sur l'état général des malades est importante, mais l'un de ses côtés remarquables est l'accroissement du poids du corps, qui souvent est tout à fait excessif. Une malade de K. atteinte d'éléphantiasis et de diverses lésions tuberculeuses d'un membre passa, grâce à ce régime, de 48 kilogrammes à 72. Une autre vit son poids monter en 4 mois de 12 kilogrammes, cependant qu'apparaissaient des lésions intertrigineuses et suintantes à retour périodique qui ne guérirent que par un traitement local énergique après reprise d'un régime normal au point de vue teneur en sels.

S. NICOLAU et M. BLUMENTHAL. — **Essais thérapeutiques sur le régime de Gerson.** — 6 malades atteints selon les cas de lupus vulgaire, verruqueux, des gommes tuberculeuses osseuses ou cutanées ont été soumis au régime de Gerson. « Le traitement a duré de 2 à 6 mois 1/2. Dans la plupart des cas l'état général fut amélioré et le poids des sujets augmenta. Une évidente amélioration ne fut observée que dans un cas de lupus vulgaire hypertrophique où les petits tubercules s'affaissèrent et s'aplatirent. Dans les autres cas ne furent constatées que des modifications nulles ou tout à fait insignifiantes. »

Procédés thérapeutiques spéciaux.

S. NOGUER-MORÉ (Barcelone). — **Dernières expériences sur les sels d'or associés à l'arsenic dans le traitement des tuberculoses cutanées.** — N. préfère à tous les sels d'or le néocrisol (association d'arsenic et d'or) utilisé surtout en solution stable par voie musculaire, aussi actif et bien moins toxique que les thiosulfates par voie intraveineuse. La tolérance très grande permet des traitements ambulatoires. Les accidents ont presque disparu. Les doses administrées ont été de 2 gr. 50 à 3 grammes par série d'injections hebdomadaires à dose croissante de 0,05 — 0,10 — 0,15 — 0,20. Un mois de repos et répétition jusqu'à trois séries. « Si à la fin de la première ou au commencement de la seconde il n'y a pas d'amélioration, il est inutile en général de continuer les autres séries. » Telle est la moyenne habituelle.

Ce procédé a été appliqué à un lot de malades. Sur 19 cas de lupus érythémateux, il a donné 9 guérisons (avec 2 récidives) et ne s'est montré inactif que trois fois. Il est efficace surtout sur les formes orificielles, peu kératosiques et faiblement infiltrées.

Sur 24 lupus tuberculeux, il a donné 6 guérisons (avec 2 récidives) et 10 améliorations sensibles. Les formes orificielles et peu scléreuses, même étendues, sont celles qui ont le plus bénéficié du traitement. Diverses tuberculides ont été améliorées. Enfin le traitement du lupus tuberculeux à la fois par le radium et les sels d'or rend les résultats plus durables.

M. Svend Lomholt (Copenhague) insiste sur l'importance des perfectionnements récents accomplis à l'Institut Finsen en ce qui concerne l'appareillage. La lampe actuelle est à peu près trois fois plus puissante que l'ancienne lampe de Finsen-Reyn. Elle se caractérise notamment par la purification plus complète des ultra-violets par un double filtre, sa solidité et le bon centrage du système optique.

M. Louste et Thibaut (Paris). — **Le traitement du lupus tuberculeux cutané (texte intégral)**. — Le lupus tuberculeux cutané est une dermatose particulièrement rebelle et tenace. Sans compromettre la vie du malade elle constitue une véritable infirmité qui persistera indéfiniment si pour la combattre on n'emploie pas les moyens de guérison appropriés et si on a recours à des procédés insuffisants.

Il est évident que la lésion lupique ne disparaît pas sous l'influence des traitements médicaux quels qu'ils soient ; il se peut que les réactions congestives simples qui accompagnent les lupomes rétrocèdent, mais les lupomes restent inattaqués.

Les médications spécifiques échouent régulièrement et chacun se souvient des espoirs qu'avait fait naître en matière de tuberculose cutanée l'emploi de la tuberculine, et ces espoirs furent suivis d'une déception d'autant plus pénible que dans presque tous les cas, il y eut à la suite des injections des aggravations nettes de l'état général et une poussée de tuberculose viscérale.

Les différents vaccins n'eurent pas plus de succès.

La chimiothérapie fut également essayée, mais les diverses substances utilisées : éther benzylcinnamique, terres rares, sels d'or ne donnèrent guère que des améliorations et non des guérisons. Elles provoquent même des accidents sérieux, soit en réveillant des foyers tuberculeux latents soit en déterminant une intoxication grave.

Il n'est pas impossible qu'ultérieurement on fasse dans cette voie des progrès et que des produits plus efficaces soient mis à notre disposition, mais actuellement force nous est de reconnaître la carence de la thérapeutique indirecte ou éloignée des lupus. Rien cependant n'empêchera de remonter l'état général, de prescrire de la chaux, de l'huile de foie de morue, la vie au grand air, l'actinothérapie, d'adopter la règle de conduite qui est suivie en présence de toute bacillose. Mais cette restriction étant faite, il est certain qu'avant tout, le lupus doit être considéré comme une tuberculose localisée au même titre qu'une adénite ou qu'une ostéite et qu'il relève donc d'une intervention directe.

Avant de la pratiquer, il est de la plus haute importance de rechercher et de découvrir le point de départ du lupus, le lupus du visage est presque toujours secondaire à une lésion nasale. Celle-ci sera traitée jusqu'à guérison complète — cette précaution étant prise ou peut intervenir sur la lésion cutanée — cette intervention nécessite l'emploi d'agents destructeurs assez puissants en raison même du siège der-

mique des lupomes et leur tendance à récidiver. Elle varie selon la situation et les dimensions du lupus.

LUPUS SELON LES DIMENSIONS

Petits et moyens lupus. — La méthode la plus indiquée est sans conteste l'exérèse suivie de suture, elle le sera surtout si le lupus présente une forme allongée, en bande, s'il siège dans certaines régions où la peau abondante permet l'ablation de lambeaux cutanés importants sans provoquer de rétraction. Pour se rendre compte du tégument disponible, il suffit de plisser la peau, si le lupus est extirpable, il doit être compris dans le pli cutané.

Il est bon de se souvenir également que la peau peut être décollée des plans sous-jacents et que ce décollement facilite le rapprochement des lèvres de la plaie opératoire.

En procédant de cette façon, des lupus d'une largeur de 3 à 4 centimètres en bonne place peuvent être facilement extirpés.

L'exérèse présente plusieurs avantages.

C'est une opération très simple à la portée de tout médecin ; elle ne demande aucune éducation spéciale et n'exige qu'une instrumentation très réduite : un bistouri, quelques pinces, une aiguille de Reverdin, une paire de ciseaux, du crin et du catgut.

Lorsque les précautions habituelles d'asepsie ont été bien prises, elle donne une guérison rapide en 8 jours environ, qui consiste d'abord en une réunion par première intention de la suture et ultérieurement en une cicatrice rosée et légèrement indurée qui par la suite devient souple et blanchâtre, quelquefois presque invisible lorsqu'elle se cache dans les plis cutanés. La chéloïde, que l'on serait en droit de redouter, est en réalité assez rare.

Grands lupus. — Ils occupent la moitié ou la totalité du visage ou un segment de membre. Il faut en distinguer deux catégories :

1re catégorie. — Lupus présentant de larges surfaces cicatricielles, au milieu desquelles se trouvent des foyers lupiques plus ou moins étendus, généralement situés en bordure.

Il s'agit dans ce cas de lésions évoluant depuis longtemps et qui ont déjà fait l'objet de traitement variés.

Même ici, nous pouvons avoir recours à l'exérèse ou plus exactement à des exérèses successives, qui feront disparaître l'une après l'autre les zones lupiques.

Il peut paraître anormal de voir se produire dans un tissu chroniquement enflammé et en pleine réaction scléreuse, une cicatrisation parfaite et une réunion par première intention. Mais c'est ce que nous avons vu se produire à plusieurs reprises.

2e catégorie. — Grands lupus caractérisés par la dissémination de lupomes dans toute leur étendue.

Ici, l'exérèse par suite de la brèche opératoire très large ne peut être suivie de suture, il faut alors avoir recours à la greffe.

La chirurgie est ici moins recommandable. Le résultat est moins satisfaisant.

Les greffes peuvent ne pas prendre ou ne prendre qu'en partie.

Si elles prennent, les greffons présentent une coloration blanc ivoire mate qui contraste fortement avec celle de la peau avoisinante.

Si on a recours à plusieurs greffons, ce qui est souvent nécessaire, il reste ordinairement entre eux de petites surfaces cruentées qui donnent en se cicatrisant de petites chéloïdes.

Il persiste sur le corps à l'endroit où furent prélevés les fragments cutanés, des cicatrices qui peuvent être chéloïdiennes.

Devant ces multiples inconvénients, il est préférable d'avoir recours aux agents physiques, soit à l'électro-coagulation, soit à la Finsenthérapie.

Lorsque ces méthodes auront fait disparaître la plus grande partie du tissu lupique on pourra, pour les points rebelles, avoir recours à nouveau au bistouri.

LUPUS D'APRÈS LE SIÈGE

Lupus des paupières. — En raison de la proximité des globes oculaires, l'électro-coagulation, la Finsenthérapie, les scarifications sont difficiles et même dangereuses à utiliser. Aussi dans ce cas particulier, la méthode qui nous paraît la plus recommandable est l'exérèse avec greffe.

Lupus des narines et du pavillon de l'oreille. — La suture et la réunion par première intention n'étant pas possibles, car la peau est toujours trop adhérente, il est bon d'avoir recours à d'autres procédés que l'exérèse. En outre, ils respectent mieux l'esthétique du sujet. On peut employer l'électro-coagulation ou la Finsenthérapie.

Dans tout ce qui précède, nous avons laissé dans l'ombre la galvanocautérisation, la destruction par les agents caustiques chimiques, les scarifications.

Ils ont plusieurs inconvénients, ils sont souvent insuffisants, ils sont très douloureux, ils nécessitent des séances répétées, exigent du malade et du médecin une grande persévérance et entraînent une grande perte de temps.

Il est à remarquer que les scarifications, surtout indiquées dans les lupus végétants, constituent en réalité une exérèse simple, puisque quelques coups de scarificateurs suffisent à faire tomber les gros bourgeons de tissu lupique. La cicatrisation se fait rapidement ; il reste un lupus plan cicatriciel qui relèvera des moyens déjà indiqués.

Quant à la radiothérapie, elle tend de plus en plus à être abandonnée, elle expose en effet à des radiodermites qui se manifestent soit

par des télangiectasies, soit par des pigmentations définitives, soit par des ulcérations de pronostic très graves.

Quelle que soit la technique employée, la récidive d'un lupus est toujours possible, il est à noter qu'elle est moins fréquente avec l'exérèse qu'avec les autres procédés.

Si malgré toutes les précautions, apparaît au milieu de la cicatrice, au bout d'un temps plus ou moins long, un petit nodule lupique, rien n'est plus facile que de l'exciser, ce n'est guère plus compliqué qu'une biopsie.

De tout ceci, il résulte que le lupus tuberculeux de la peau doit être traité de préférence par l'extirpation chirurgicale et que celle-ci sera toujours possible si le diagnostic est fait d'une façon précoce, et si l'extension du lupus n'a pas été favorisée par l'emploi de procédés insuffisants.

L'exérèse systématique rendrait les grands lupus beaucoup plus rares.

Jausion (Paris) insiste sur deux perfectionnements thérapeutiques auxquels l'ont conduit ses recherches.

La lampe de Duflot-Dufestel, amélioration de celle de Kromayer, permet des cures analogues à celles de Finsen après sensibilisation du sujet à la lumière, à la fois par le froid (cryphotothérapie) et par injections intraveineuses d'un mélange pantochromatique.

Enfin, par l'administration d'extraits du bacille de Koch soumis à une dislocation brutale à la fois mécanique et chimique (clasine tuberculeuse) J. a pu obtenir de notables résultats thérapeutiques.

C. Iliesco et S. Longhin (Bucarest). — **L'endotoxine du B. C. G. dans le traitement de la tuberculose cutanée.** — Après avoir passé rapidement en revue les divers traitements usuels les auteurs s'arrêtent aux traitements biologiques : tuberculinothérapie, sur laquelle ils relèvent la supériorité de l'antigène méthylique de Nègre et Boquet. Mais la découverte du B. C. G., non pathogène, et doué d'un grand pouvoir antigène, leur a permis de nouvelles tentatives dont ils tirent les conclusions suivantes :

« 1° Le B. C. G., comme son endotoxine, ont une action curative nette, en particulier plus rapide dans les formes ulcéreuses.

2° Ils n'ont aucune action nocive sur l'organisme déjà infecté par le bacille de Koch.

3° Les inconvénients du B. C. G. dans le traitement de la tuberculose cutanée sont les réactions d'allergie qu'il provoque seulement au niveau des injections. Ces accidents sont d'ailleurs passagers.

4° L'endotoxine ne donne que de simples nodules érythémateux, ce qui rend son emploi plus pratique.

5° L'endotoxine améliore l'état général.

6° Le filtrat du B. C. G. donne des réactions locales et générales comme la tuberculine. »

G. Solente (Paris). — **La cryothérapie dans le traitement des tuberculoses cutanées.** — En ce qui concerne les tuberculoses cutanées caractérisées, la cryothérapie, incapable de détruire le bacille de Koch, ne peut être qu'un adjuvant, mais des plus précieux. *Les formes verruqueuses* bénéficieront de son action décapante, préface d'un traitement plus actif. Ses effets désinfiltrants et son aptitude à dissoudre les tissus chéloïdiens permettront d'autre part dans le *lupus vulgaire* de faire apparaître les nodules spécifiques parmi les tissus qui les masquaient et de diriger plus tard contre eux seuls les procédés destructifs nécessaires, mais trop souvent employés à l'aveuglette.

Telles sont les règles posées par M. Lortat-Jacob, et que permet d'appliquer utilement le cryocautère construit sur ses indications. Quant au traitement de formes rattachées à la tuberculose par un lien plus lâche telles que le *lupus érythémateux* et le *lupus pernio*, inutile de rappeler qu'ici la cryothérapie cesse d'être un adjuvant pour devenir le traitement de base.

Nicolas, Gaté, Coste et Michel (Lyon). — **La radiothérapie selon la méthode de Coste (séance unique, courte longueur d'ondes, pas de filtration) dans le traitement de certaines tuberculoses cutanées.** — D'après les chiffres fournis par les auteurs, les résultats obtenus sont très favorables, sauf en ce qui concerne le lupus.

Th. Behaegel (Bruxelles). — **Traitement du lupus par le radium souscutané.** — La méthode de B. consiste à irradier la peau malade par sa face profonde, évitant ainsi les lésions locales graves qui ont fait renoncer à l'usage du radium en surface sur les placards lupiques. La réaction est modérée, les cicatrices obtenues sont de bonne qualité, les récidives moins à craindre. « La méthode souscutanée m'a permis de stériliser définitivement, en une séance, des foyers lupiques invétérés qui récidivaient depuis de nombreuses années, malgré les interventions les plus variées.

J'ai également obtenu par ce procédé la guérison de placards lupiques d'une certaine étendue, l'un de ceux-ci avait 5 centimètres sur 6 centimètres de diamètre. »

B. préconise en outre le traitement général par les ultra-violets.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Étiologie des dermatoses

S. BETTMANN (Heidelberg). — **Atmosphère et maladies de peau.** — Enquête basée notamment sur l'étude comparative de la prédominance saisonnière de l'érythème polymorphe à Copenhague et à Heidelberg et sur la recherche des réactions capillaro-microscopiques aux influences saisonnières.

LODOVICO TOMMASI (Sienne). — **Insuffisances et décompensations de fonctions cutanées dans la pathogénie de quelques dermatoses.** — C'est surtout à l'occasion des érythrodermies, des troubles de la pigmentogenèse, et de l'interpénétration pathogénique de divers tableaux dermatologiques que T. considère comme nécessaire d'invoquer plus nettement qu'on ne le fait aujourd'hui de véritables insuffisances et des décompensations des fonctions cutanées comparables à celles d'autres organes vitaux. Ces troubles dépendent de causes variées, et ne sont pas toujours proportionnels à des lésions locales visibles et primitives.

R. L. MAYER (Breslau) et M. B. SULZBERGER (New-York). — **Influence de l'alimentation sur la sensibilisation.** — Les auteurs ont pu se rendre compte que chez le cobaye les modifications alimentaires influençaient grandement les processus de sensibilisation envers des substances chimiques définies, les animaux nourris à l'herbe se montrant d'une sensibilité envers le néosalvarsan et le paraphénylène-diamine inégale à celle de ceux nourris au foin. Les vitamines n'interviennent pas dans la question, et les auteurs expliquent par de tels faits les alternances observées dans le cours des maladies allergiques et notamment de l'eczéma.

ÉMANUEL WOHLSTEIN (Pistyan). — **Discussion sur l'origine psychique de dermatoses avec essai d'interprétation.** — W. rapporte quelques cas de dermatoses auxquelles il attribue une origine psychique dont il discute le mode d'action. Les observations rapportées ont trait à un érythème fixe, plusieurs cas d'herpès conjugal et un cas d'urticaire. W. relie ces faits à la possibilité de modifications du chimisme sanguin d'origine psychique.

Edv. Gundersen (Oslo). — **Le psoriasis est-il en relation avec une infection focale?** — La primo-éruption du psoriasis s'accompagne souvent de réaction de foyers infectieux (inflammation de racines dentaires, tonsillites, etc.). L'évolution cyclique du psoriasis succède souvent à des tonsillites récidivantes, son évolution chronique pouvant par contre dépendre de foyers dentaires chroniques. La guérison de ces foyers agit favorablement sur la maladie et peut même la guérir. D'autre part, G. met en cause dans le déterminisme du psoriasis le *streptococcus viridans*, découvert par lui chez ses malades, et à l'exotoxine duquel ceux-ci réagissaient par l'épreuve intracutanée. En somme, pour G., le psoriasis traduit une hypersensibilité envers le streptocoque essaimé de foyers primaires et agissant directement ou par ses toxines sur le système nerveux central, d'où répercussion cutanée. Ce serait donc une neuro-épithéliose liée à l'existence d'un foyer infectieux streptococcique.

V. Cavallucci (Naples). — **Sur l'étiopathogénie du « purpura annularis telangiectodes » de Majocchi et sur une singulière localisation de celui-ci (contribution anatomo-clinique).** — Double localisation chez une jeune fille dans la famille de laquelle avaient existé plusieurs cas de tuberculose et portant elle-même des cicatrices dues à cette maladie (dactylite, adénites, abcès). La radioscopie du thorax, la forte positivité des réactions tuberculiniques, de la réaction de fixation de Besredka, de la séro-agglutination tuberculeuse, les caractères cliniques, anatomiques et la confrontation avec d'autres cas induisent C. à penser que la maladie en question se développe souvent sur terrain tuberculeux et que des recherches ultérieures auront à fixer si elle appartient aux tuberculides.

Études générales et observations cliniques.

Joseph W. Klauder et Malcolm J. Harkins (Philadelphie). — **Étude de clinique et de laboratoire sur l'érysipéloïde dans les États-Unis.** — On sait maintenant que l'érysipéloïde de Rosenbach n'est autre que l'infection produite chez l'homme par le bacille du rouget du porc. Le porc, fréquemment porteur de germes, est loin d'être le seul animal où se rencontre ce saprophyte universel. La virulence du germe peut être modifiée par les passages ou par la culture. La bénignité ou la gravité de l'infection chez l'homme dépendent de sa source et de la virulence du microbe. « Le tableau clinique est assez comparable aux « trois formes suivantes de l'infection du porc : Une forme bénigne « (maladie de la peau diamant), caractérisée par de légers symptômes « généraux, et par la présence sur la peau d'une lésion rouge bleuâtre, « quadrangulaire et nettement circonscrite ; Une forme grave, caracté- « risée par des symptômes généraux de septicémie et la présence d'un

« érythème diffus ; Une forme chronique, particulièrement caractérisée « par une polyarthrite et des symptômes en rapport avec l'endocardite « à type végétant qui est l'un des traits distinctifs de la maladie.

« La forme la plus fréquente de l'infection chez l'homme est bénigne « et correspond à la description princeps de Rosenbach. Même alors « pourtant de légers symptômes généraux peuvent s'y rencontrer. Une « forme plus grave de la maladie, comparable à celle du porc a été, « ainsi que la forme arthritique, observée presque exclusivement en « Allemagne. »

L'infection par le bacille en cause (celui de Pasteur et Thuillier) semble moins répandue et moins virulente aux États-Unis que dans l'Europe continentale, chez le porc aussi bien que chez l'homme. Mais d'autres sources d'infection que le porc jouent le rôle prédominant. L'érysipéloïde est très répandu parmi les pêcheurs, ceux surtout qui manipulent les poissons visqueux. Parfois alors il s'agit d'une forme grave, avec troubles généraux. Cette maladie est plus rare et plus bénigne parmi les vendeurs des poissonneries. Une forme bénigne existe chez les employés de fabrique mettant en boîte le poisson et d'autres produits animaux.

En dehors de l'industrie du poisson qui y expose surtout, l'érysipéloïde se rencontre parmi les emballeurs de viande, mais sous une forme légère et peu fréquente (une vingtaine de cas annuels chez six mille employés aux abattoirs de Chicago).

Les auteurs ont isolé une souche très virulente du bacille de Pasteur et Thuillier sur des pêcheurs affectés. La souche obtenue à partir d'un autre malade qui s'était infecté en écorchant un lapin était bien moins virulente. Un sérum préparé à l'aide des souches isolées s'est démontré actif. Les auteurs croient que le germe est un saprophyte infectant de préférence les poissons visqueux, dont les rebuts et d'autres matières et décomposition jetés dans l'eau seraient la source de la contamination.

JÉSUS GONZALEZ URUEÑA. — **Le problème de la lèpre au Mexique.** — L'origine américaine de la lèpre et son existence au Mexique avant l'arrivée des Espagnols sont discutées. Fernand Cortès fonda la première léproserie et depuis lors le Mexique est un pays d'endémie lépreuse. Le recensement de 1927 a montré l'existence de 1.450 lépreux disséminés sur le territoire mexicain, mais U. évalue leur nombre réel à 5.000. Le plus grand nombre étaient des paysans. La forme nodulaire a été notée 734 fois, la forme nerveuse 262 fois, la forme mixte 253 fois. Une partie notable d'entre ces malades vivait dans des conditions de promiscuité, de saleté et de misère. Enfin les foyers apparaissent « depuis le niveau de la mer, en plein climat tropical comme le Yucatan, jusqu'aux climats tempérés et froids des hauts plateaux »... « ce qui confirme que la lèpre n'est point une maladie tellurique, mais obéit à différents facteurs réunis sous la désignation de conditions sociales ».

Ce travail se termine par une analyse du règlement du 14 janvier 1930 instituant dans tout le Mexique un service spécial et permanent de prophylaxie de la lèpre. La déclaration de la lèpre est obligatoire. Un recensement des cas signalés aura lieu tous les 5 ans. Tous ces renseignements seront secrets. Des dispensaires sont institués pour le dépistage et le traitement de la lèpre qui est obligatoire ainsi que les diverses modalités d'isolement prescrites. Des léproseries existeront également en dehors des lieux habités mais à proximité de ceux-ci. Les enfants des lépreux seront séparés de leurs parents et soumis à une surveillance sanitaire d'au moins 5 années. Enfin certaines professions sont interdites aux lépreux. Ils ne doivent en outre ni résider dans des hôtels, ni manger dans des restaurants, ni utiliser des véhicules, des bains ou lavoirs publics, ni être clients de salons de coiffure. Ce règlement se complète par l'interdiction du mariage des lépreux, sauf à l'article de la mort, et par une réglementation sanitaire de l'immigration. Des sanctions sont prévues en cas de transgression de ces mesures.

« Le Mexique vient donc de faire un grand pas dans la prévention de ce terrible fléau, ce qu'il n'avait jamais fait jusqu'à présent dans l'espace de 110 ans de vie indépendante, sous l'influence du préjugé que la lèpre n'était pas contagieuse. »

Howard Fox (New-York). — **Le mal del pinto observé à Mexico. Sa relation avec le caraté.** — De l'examen de 40 cas, des résultats bactériologiques et histologiques, de la comparaison avec les cas observés à Santa Maria, en Colombie, F. conclut que cette maladie n'est point due à l'action locale d'*aspergillus* ni à d'autres champignons, et qu'elle n'est point une manifestation syphilitique. Sa cause, inconnue, pourrait être, d'après F., une infection générale, peut-être due aux spirochètes, agissant par l'intermédiaire du système nerveux végétatif. Signalons avec lui que le Wassermann est positif dans 97,8 o/o des cas. Enfin il y aurait identité entre le mal del Pinto de Mexico et le caraté de Colombie.

O. Jersild (Copenhague). — **Infections combinées de la lymphogranulomatose inguinale et d'autres affections vénériennes dans le même chancre.** — J. rapporte deux observations, l'une de lymphogranulomatose inguinale avec superposition de chancrelle sur l'érosion initiale, l'autre de lymphogranulomatose, syphilis et chancrelle, le chancre mixte étant apparu sur l'érosion lymphogranulomateuse. Dans les deux cas ont été pratiquées les vérifications usuelles, et, pour ce qui concerne la lymphogranulomatose, la réaction de Frei a été positive. Dans le premier cas elle l'était même avant que l'intradermo-réaction au Dmelcos ne le fût devenue.

VALENTIN ZAROUBINE (Skopié, Yougoslavie). — **Contribution à l'étude de la maladie de Huguier (l'esthiomène).** — D'étiologie très variable et ayant d'ailleurs perdu son autonomie, la maladie de Huguier est aujourd'hui réduite à deux cas : ou bien l'hypertrophie paraît secondaire à une ulcération chronique vulvaire, ou bien elle apparaît d'emblée, constituant le syphilome hypertrophique de Fournier. Pour quelques auteurs les lésions histologiques trouvées se placeraient entre celles des granulomes et celles des sarcomes. Z. a observé une inflammation subaiguë, mais non tuberculeuse, avec formation des ulcères. Le rôle étiologique obligatoire et exclusif de la syphilis est à rejeter. Des infections hétérogènes, combinées ou non sont parfois incriminées. Pour Z., l'ulcère vulvaire chronique ainsi d'ailleurs que l'aigu traduisent un processus spécial d'origine inconnue. Cette affection mystérieuse n'est pas accessibles à la thérapeutique.

L. F. R. KNUTHSEN (Londres). — **Prurit anal et vulvaire.** — De l'étude générale apportée par K. retenons seulement les points les plus originaux :

Le prurit peut exister sans facteur étiologique perceptible. On peut alors l'imputer à une lésion des nerfs se distribuant au territoire affecté. On ne saurait en tout cas le tenir pour une maladie essentielle.

Les conséquences éventuelles de l'affection sont parfois graves : d'ordre psychique : insomnie, mélancolie, troubles mentaux pouvant conduire au suicide. D'ordre général : perte d'appétit, altération notable de la santé.

Le traitement nécessite une attention méticuleuse et K. insiste sur la recherche des causes diverses, locales ou générales qui peuvent commander les troubles. Il consiste avant tout en une combinaison judicieuse des procédés physiothérapiques et des remèdes de la pharmacopée. Parmi ces derniers, K. se loue du luminal, les produits opiacés pouvant au contraire aggraver la situation. Les toniques sont recommandables. La moindre excoriation ou fissure est à rechercher à chaque examen et à traiter localement. La nécessité de la propreté locale, l'usage d'applications calmantes ou adoucissantes, les traitements hydrominéraux sont mentionnés.

KEINING EGON (Hambourg). — **Contribution à la connaissance de l'acrodermatite continue de Hallopeau.** — D'après 5 observations K. maintient l'autonomie de la maladie. Il accepte en outre la distinction soutenue par Hallopeau mais combattue par d'autres entre une maladie localisée et une maladie généralisée, ceci en se fondant sur deux de ses cas ayant évolué avec des symptômes généraux menaçants à certains égards. Mais surtout l'expérimentation pharmacologique parle en faveur d'une séparation entre l'acrodermatite continue et le psoriasis pustuleux. Tandis que la première réagit à de telles influences tantôt dans le sens d'une

amélioration ou d'une guérison, tantôt dans celui d'une aggravation, le psoriasis soit vulgaire soit pustuleux demeure totalement insensible aux mêmes épreuves.

JAFFÉ, KAETE (Berlin). — **A propos de la sursensibilité envers les teintures capillaires.** — Par l'épreuve percutanée, J. a pu mettre en évidence une sursensibilité individuelle à la paraphénylène-diamine chez une femme ayant eu des accidents consécutifs à l'emploi d'un produit commercial nommé « Henna ».

E. FREUND (Trieste). — **Démonstration de dermatoses rares.** — Nombreuses figures illustrant les cas suivants :

I. — *Singulières tumeurs cutanées chez une tuberculeuse.*

Chez une jeune fille de 18 ans atteinte d'apicite tuberculeuse, début il y a 4 ans par deux petites nodosités palpébrales deux fois extirpées et qui récidivèrent. Présence en outre de plusieurs tumeurs dermiques aplaties, dures et de la taille d'une pièce de 5 francs. Résultat négatif du Wassermann et du traitement d'épreuve. Intradermo-réaction positive à la tuberculine bovine, négative à la tuberculine humaine.

Histologiquement, présence d'un infiltrat encapsulé et cloisonné, abondant en lymphocytes, en cellules épithélioïdes et en cellules géantes, aucune n'étant du type de Sternberg et quelques-unes seulement du type de Langhans. L'aspect rappelle de loin celui du mycosis fongoïde ou de la lymphogranulomatose, mais la guérison obtenue par radiothérapie et persistant depuis un an et demi exclut ces hypothèses.

II. — *Sclérodermie en bande.*

Lésion apparue peu après la naissance chez un jeune homme de 18 ans, sans cause infectieuse ou endocrinienne décelable, mais surajoutée, croit l'auteur, à une formation nævique.

III. — *Iododerme tubéro-ulcéreux à localisation exclusive aux deux paupières, sauf deux efflorescences sur l'un des avant-bras.*

L'auteur, s'appuyant sur l'évolution, déclare reconnaître ici la forme grave de toxicodermie décrite par lui sous ce nom. Ce titre convient donc mieux que celui d'érythème exsudatif multiforme sous lequel il figure dans l'original.

IV. — *Dermatose papuleuse de la face chez une femme tuberculeuse.*

Sur la face, le visage, la poitrine et les bras d'une femme de 45 ans, nombreuses papules rappelant l'aspect d'un lupus folliculaire disséminé et répondant à un infiltrat dermique encapsulé. Amélioration par radiothérapie. Ce cas est reconnu par l'auteur comme analogue à celui de Milian et Garnier. Il s'agit de part et d'autre de tuberculides papuleuses disséminées.

Histologiquement, l'infiltrat comprend quelques cellules géantes parmi de nombreux éléments lymphocytaires ou épithélioïdes. Quelques lésions vasculaires existent.

Projection de coupes concernant des carcinoïdes multiples de la peau (Arning), un cas d'épithélioma pagétoïde. Relation sur l'évolution de quatre cas décrits en 1928.

Pigmentation par action combinée de l'eau de Cologne et des rayons solaires.

Naevus mixte (pigmento-adénomato sébacé), combiné avec un ostéome de la mâchoire et un *spina bifida* chez un hérédo-syphilitique de 15 ans.

Toxicodermie iodopotassique bulleuse et végétante.

A noter la longue tolérance du malade et l'apparition des troubles après une reprise de la médication, précédemment interrompue.

H. Gottron (Berlin). — **Modifications de la peau dans la dermatomyosite.** — G. insiste sur le polymorphisme des manifestations cutanées observées, classées habituellement d'après leur ressemblance avec divers syndromes dermatologiques (lupus érythémateux aigu, *poïkiloderma vascularis atrophicans*, sclérodermie). Pour G. qui a eu l'occasion d'observer 15 cas de la maladie, le cours aigu ou chronique doit être la base d'appréciation. On peut voir à côté l'une de l'autre comme expression d'une dermatomycosite à forme aiguë, des troubles rappelant le lupus érythémateux et la sclérodermie, tandis qu'une association éventuelle de manifestations à allure de sclérodermie avec d'autres rappelant la poïkilodermie va plutôt de pair avec une forme chronique. Le diagnostic s'établira à la fois sur l'aspect et l'allure des manifestations cutanées et sur les modifications musculaires.

H. Haxthausen (Copenhague). — **Déficit du réflexe axonique vasomoteur dans le zona.** — On peut observer dans le zona des troubles par déficit sensitif et moteur. Encore plus souvent peut être constaté un déficit du réflexe vaso-moteur axonique court par l'emploi de la réaction dite à l'histamine. Dans plus de la moitié des cas examinés, H. ne constata pas l'apparition normale d'érythème réflexe dans la zone cutanée atteinte, lorsque la réaction à l'histamine était pratiquée quelques semaines (au moins deux semaines) après l'éruption aiguë. Par contre, le réflexe avait toujours lieu dans les cas récents. Le phénomène de déficit fut aussi observé dans des cas où n'existaient aucun trouble de la sensibilité, tactile, thermique ni douloureux. Il existait encore 8 ans après l'éruption du zona. L'origine d'un tel phénomène est rapportée par H. à un processus dégénératif portant sur la partie efférente de l'arc réflexe sympathique.

Anton Musger (Vienne). — **Formation d'os dans la peau.** — Dans la peau atrophique de la face externe de la jambe gauche d'une patiente de 23 ans par ailleurs bien portante, dépôts multiples de traînées et de petits tubercules d'une dureté osseuse. Histologiquement : formation

d'os du type os de membrane, avec apposition périphérique et formation d'une cavité médullaire. Radiologiquement, zones multiples d'opacité correspondant aux points atteints.

Cancer et dermatologie.

J. S. Covisa, J. Bejarano et J. Gay-Prieto (Madrid). — **« Cheilitis glandularis simplex ». Ses relations avec les épithéliomas de la lèvre (Résumé original).** — Il existe une malformation, plutôt qu'une véritable maladie, de la lèvre inférieure, constituée par l'existence de glandes salivaires hétérotopiques dans la région de semi-muqueuse qu'on appelle couramment région de transition de Klein. Cliniquement on observe dans cette région de petits points rouges de la grandeur d'une tête d'épingle, au nombre de 12 à 20, parfois ourlés d'un ourlet blanchâtre très mince. Si on presse la lèvre entre deux doigts, on voit sortir par ces orifices de minuscules gouttelettes d'une salive très muqueuse. La maladie n'occasionne pas la moindre souffrance : son diagnostic est toujours fait chez des sujets venant consulter pour une autre affection quelconque. Si l'on fait une biopsie de ces points rouges, on voit qu'ils correspondent à l'orifice externe des conduits d'excrétion des petites glandes salivaires situées plus profondément.

Cette maladie décrite par Puente et Acevedo en Argentine et par un de nous en Espagne, et que nous nommons *cheilitis glandularis simplex*, n'est pas la même chose que la maladie de Volkmann (*cheilitis apostematosa, myxadenitis labialis*). Mais nous avons l'impression que ces deux maladies ont été fréquemment confondues à tort. Le diagnostic est pourtant facile. Dans la *cheilitis glaudularis simplex*, il n'y a pas le moindre gonflement de la lèvre, les petits orifices décrits ne sont jamais recouverts de croûtes.

Depuis nos premières études sur cette malformation, nous avons été frappés du fait qu'on la trouvait surtout chez des individus venant consulter pour des épithéliomas de la lèvre inférieure. Certains de ces sujets étant trop jeunes pour avoir un épithélioma, nous nous sommes demandés si cette coexistence ne serait pas plus qu'une coïncidence. Nous avons émis l'hypothèse que l'on pourrait considérer cette malformation comme une véritable maladie précancéreuse de la lèvre inférieure. En étudiant histologiquement notre matériel d'épithéliomas sur *cheilitis*, nous avons pu constater dans un cas que le point de départ de l'épithélioma était un conduit excréteur d'une de ces glandes aberrantes.

Nous étudions de plus une observation d'une singulière maladie de la lèvre, que nous n'osons pas classer dans les cadres nosologiques connus. Il s'agit d'un homme de 35 ans venant consulter pour une affection datant de trois années. La maladie a résisté à tous les traitements topiques employés jusqu'ici. On voit une lèvre gonflée, renversée en avant. Sur son tiers moyen existe une croûte très adhérente, profondément

enchâssée dans une espèce d'élévation circonscrite, ferme, très dure qui fait l'impression d'un épithélioma. Sur la semi-muqueuse que laisse libre cette lésion, on voit les points rouges d'une *cheilitis glandularis simplex*. Le diagnostic d'épithélioma sur la *cheilitis* est porté dans ce cas, mais la biopsie nous montre un aspect bien différent d'un épithélioma. On extirpe toute la lésion, comme traitement et pour mieux permettre l'étude de ce cas. Histologiquement, on voit une acanthose énorme, mais sans la moindre atypie cellulaire qui puisse permettre le diagnostic d'épithélioma. Les glandes salivaires hétérotopiques existent en grand nombre, mais complètement isolées de la tumeur. En outre, elles ne présentent pas la moindre trace d'inflammation, comme c'est la règle dans la maladie de Volkmann. On discute dans ce cas la possibilité d'une *cheilitis apostematosa*. L'étude clinique pourrait être en faveur de ce diagnostic, avec lequel par contre l'histologie est à notre avis franchement en opposition.

K. Ullmann (Vienne). — **Le cancer arsenical sous le rapport clinique et expérimental d'après des recherches personnelles.** — Une grande partie des cas publiés ne comportent que des observations incomplètes, souvent sans vérification histologique. U. rapporte six cas personnels. Il en résulte que :

La théorie du cancer sur cicatrice d'Auguste Lumière est confirmée par l'histologie, comme le montrent certaines propriétés analogues de la cellule cicatricielle et de la cellule embryonnaire. L'action contradictoire, empêchante ou favorisante de l'arsenic sur le cancer trouverait peut-être sa justification dans la nature chimique double des produits actifs. Enfin, la localisation élective de ce cancer dans la zone des glandes sudoripares se trouve confirmée par les travaux de U. et par ceux de Fischer sur la genèse folliculaire des dermatoses toxiques.

Italo Levi. — **Fibrosarcome primitif de la peau du pénis.** — Deux caractères exceptionnels font l'intérêt de ce cas :

1° la localisation pénienne, notée ici pour la première fois ;
2° l'existence de métastases ganglionnaires régionales.

Hugo Fasal (Vienne). — **Manifestations cutanées dans les affections malignes des organes internes** — De semblables manifestations peuvent parfois éclairer le diagnostic. F. en donne comme exemple un cas où une tuméfaction rougeâtre d'abord interprétée comme abcès froid put, après examen, être rapportée à une métastase d'un cancer de l'estomac ignoré.

Rodolfo Porcelli (Livourne). — **Les cancers cutanés et leur traitement.** — Sur ce sujet capital, P. critique les conceptions actuelles de bénignité ou de malignité dérivées des caractères histologiques, et croit

que plus de 95 o/o des cancers cutanés sont susceptibles de guérison durable, pourvu qu'on agisse avec une précocité et qu'on adapte le traitement au type clinique, histologique et évolutif. Il insiste spécialement sur le délicat traitement des formes destructrices (type *ulcus rodens*).

Recherches histologiques et bactériologiques.

G. Milian (Paris). — **La gangrène cutanée (texte original).** — La gangrène cutanée d'origine infectieuse et non due à une oblitération artérielle a toujours été l'objet de nombreuses discussions sans qu'on soit jamais arrivé à la détermination exacte du germe qui en est la cause. C'est ainsi, par exemple, que, pour la gangrène foudroyante des organes génitaux, on considérait jusqu'alors que le streptocoque était l'agent pathogène. Il n'en est rien, car les streptocoques qu'on peut isoler de cette gangrène n'ont aucun pouvoir escarrifiant lorsqu'on les inocule à l'animal.

Il n'en est pas de même du bacille de la gangrène cutanée, qui est la cause usuelle de la gangrène de la peau.

Nous avons, en effet, découvert en 1917, un coccobacille que nous avons depuis décrit sous le nom de *Bacillus gangrenae cutis*, qui se présente comme un petit bacille à bouts arrondis, avec espace grêle central. Il a des formes courtes presque cocciennes et des formes longues, voire même filamenteuses. Ce micro-organisme ne prend pas le Gram. Il est mobile sur place, mais progresse peu ou pas dans le champ du microscope ; il est d'ailleurs pourvu de cils et l'ensemencement dans l'eau de condensation d'un tube de gélose donne, après 24 heures, une colonisation sur presque toute la surface de la gélose. La gélatine est liquéfiée, la liquéfaction commence dès le lendemain. En bouillon, il produit un trouble opalin avec ondes moirées à l'agitation, plus tard, des amas purulents au fond du tube.

L'odeur de ces cultures est putride, pénétrante, assez caractéristique. Sur gélose, la nappe formée est transparente. La bile n'est pas un milieu de culture favorable, mais elle ne l'empêche pas ; il est anaérobie facultatif ; la glucose, à l'exclusion de tous les autres sucres, subit la fermentation. Ce germe n'est pas hémolytique ; il pousse fort bien, associé au streptocoque et au staphylocoque. Par sa morphologie, il se rapproche des *pasteurella* ; par ses caractères culturaux, du groupe des *proteus*. Inoculé au lapin, il produit, par injection intradermique, une gangrène des plus caractéristiques, dont nous avons apporté des moulages et qui se produit non pas seulement au point inoculé, mais à distance, ce qui montre les propriétés réellement gangréneuses de ce micro-organisme. Le *Bacillus gangrenæ cutis* a été observé pour la première fois par nous dans un cas de gangrène foudroyante des organes géni-

taux, et nous l'y avons retrouvé depuis d'une manière constante. Il y est souvent associé au streptocoque, et ce streptocoque inoculé à l'animal ne donne pas de gangrène. Il est intéressant de souligner que, contrairement à la notion généralement répandue, que les gangrènes sont produites uniquement par les anaérobies stricts, ce bacille est un aérobic parfait, et il est en même temps un anaérobie facultatif.

Nous avons trouvé le bacille de la gangrène cutanée dans d'autres affections, mais nous le voyons compliquer toute une autre série de maladies cutanées. Nous l'avons observé surtout dans la maladie de Duhring, où il transforme les érosions consécutives à l'exfoliation bulleuse en ulcérations parfois extrêmement étendues et d'un caractère gangréneux épouvantablement douloureux, et il peut servir de point de départ à une septicémie.

On trouve également le bacille de la gangrène cutanée dans les ulcères de jambe et les escarres. Nous l'avons vu aussi dans un cas de purpura gangréneux, si bien qu'on doit toujours le rechercher chaque fois qu'on voit une plaie ulcéreuse et extensive avec ou sans point escarrotique.

Ce bacille est capable de pénétrer dans la circulation générale et de faire une véritable septicémie, parfois déclenchée par biotropisme par les injections de 914. L'hémoculture révèle la présence du bacille. La septicémie, malgré sa gravité, ne s'accompagne pas d'une hyperthermie notable ; la température se tient autour de 38°, tout au moins dans les cas que nous avons observés. Il y a de l'obnubilation intellectuelle, du délire léger avec agitation mêlée de somnolence ; la langue est sèche et rouge, la soif vive, la diarrhée abondante ; il y a fétidité de l'haleine, respiration rapide et, dans nos cas, nous avons constamment observé des symptômes d'urémie (myosis), augmentation de l'urée sanguine, ce qui n'est pas étonnant si on pense que des signes de néphrite, particulièrement chez les hématuriques, accompagnent, parfois, ces symptômes hématologiques.

Dans les autopsies que nous avons pu relever, ce qui nous a frappés le plus, c'est la coloration de certains organes (coloration noire), le foie et la rate ; en certains points, coloration ardoisée qui est due au bacille lui-même et non à la putréfaction, comme on pourrait le penser au premier abord.

Les animaux guéris de l'inoculation de ce bacille possèdent un sérum doué de propriétés antigangréneuses, et il a été possible de guérir des lapins inoculés avec le bacille de la gangrène cutanée par l'injection de ce sérum d'animaux guéris, dont l'immunité avait été renforcée par l'injection de cultures vivantes et alors que les témoins sont morts.

WERTHER (Dresde). — **Chancres mous multiples disséminés avec culture du streptobacille de Ducrey à partir du sang.** — Chez un cachectique malpropre porteur d'ulcérations multiples et présentant un mauvais état général d'une fièvre irrégulière, mise en évidence du bacille de

Ducrey par hémoculture. Dans le cas présent, la diminution des forces défensives explique l'insuffisance de l'appel leucocytaire protecteur, l'absence de tuméfaction ganglionnaire, la longue durée de la maladie, enfin la possibilité, si rarement existante, d'une septicémie à bacille de Ducrey.

MILAN KITCHEWATZ (Belgrade). — **Strepto-staphylococcies cutanées.** — K. a ressemblé 30 cas de ces lésions secondaires. Leur disposition est souvent symétrique, leur type, maculeux ou en placards, érythémateux ou en placards, parfois papuleux, papulo-vésiculeux ou pustuleux, leur aspect, celui d'éléments de pityriasis rosé, de psoriasis, de lichen, etc. Elles peuvent apparaître de façon *continue*, au voisinage des foyers primitifs, ou *brusquement*, pouvant s'accompagner d'exanthème, ou même de phénomènes généraux.

L'origine pourrait être une inoculation directe ou une propagation par voie lymphatique ou sanguine. L'étiologie serait toxique ou coccique, mais 71 o/o des malades ont donné des cultures positives.

EDUARD NEUBER (Hongrie). — **Réactions sérologiques et allergiques dans le sclérome principalement au point de vue de la thérapeutique spécifique.** — Le diagnostic du sclérome, facile dans la forme productive à siège extérieur peut être bien plus difficile dans les formes atrophiques ou à siège profond que les travaux antérieurs de Goldzieher et de N. permettent néanmoins de déceler par la fixation du complément en présence d'un extrait de *bacillus scleromatis*. De même peut être obtenue la séro-agglutination grâce aux améliorations exposées par N. dans la préparation de son antigène. D'un emploi encore plus facile sont les réactions d'allergie cutanée. Par l'essai de leurs diverses variétés, et en se servant en même temps de plusieurs substances témoins (solution physiologique, antigènes extraits du *bacillus* de Friedländer et du *bacillus ozenae*), N. a pu confirmer la spécificité de son antigène révélée surtout clairement par l'intradermo-réaction selon la méthode de Mantoux. De tels résultats imposaient l'essai d'une vaccinothérapie dont N. note les résultats favorables, encore trop limités et trop récents pour que soit porté sur eux un jugement définitif.

C. KREIBICH (Prague). — **Le problème de la cellule de Langerhans.** — Des recherches approfondies auxquelles s'est livré K. à l'aide de techniques appropriées de fixation et de coloration, et des belles figures jointes à son travail, il résulte que les cellules de Langerhans et les mélanoblastes sont des constituants normaux de l'épiderme, et dérivent des cellules épithéliales par une anaplasie physiologique. Le mélanoblaste assume la fonction pigmentaire, la cellule de Langerhans règle la fonction lymphatique de l'épithélium.

WALTER FREUDENTHAL (Breslau). — **L'amyloïde dans la peau.** — « La survenance d'amyloïde dans la peau semble jouer un très grand rôle si l'on s'en rapporte aux travaux de Gutman, Kömgstan, Johirsberg, etc. J'ai observé dans ces dernières années 8 cas d'amyloïdose cutanée sans participation des organes internes avec un exanthème très varié, rappelant en partie le lichen de Vidal ou le lichen plan. L'efflorescence élémentaire était une papule lichénoïde : *lichen amyloïdosus*. L'un de ces cas était surtout remarquable, par une combinaison avec un épithélioma spino-cellulaire symétrique de la jambe.

Ensuite je trouvai l'amyloïde au cours d'une série de processus comportant une prolifération épithéliale : verrue sénile, kératome sénile, diverses formes d'épithélioma ». F. cite de plus une affection ressemblant au lupus érythémateux, une autre enfin qu'il qualifie d'amyloïdose sénile et qui, en relation avec un processus lymphocytaire, se rencontre le plus souvent sur les parties découvertes chez les personnes âgées.

« L'amyloïde demeure-t-elle, substance inerte, non modifiée dans le corps (Virchow) ou bien peut-elle éventuellement être résorbée ? Telle est pour Lubarsch l'une des cinq questions cardinales qui se posent au sujet de l'amyloïde. Cette question reçoit une solution inattendue des constatations histologiques faites sur la peau, celles-ci montrant que le corps peut se libérer par élimination des dépôts d'amyloïde » (Préparations à l'appui).

H. BOAS (Copenhague). — **Expériences cliniques sur la réaction de sédimentation dans les maladies cutanées et vénériennes.** — Depuis longtemps l'auteur a pratiqué sur tous les malades de la clinique des réactions de sédimentation hebdomadaires ou bi-mensuelles. De ces recherches résulte que la réaction en question n'a pas seulement une valeur pronostique, mais encore, dans quelques cas, une valeur diagnostique.

HANS BIBERSTEIN (Breslau). — **Thérapeutique immunisante des verrues et des condylomes chez l'homme et chez l'animal.** — B. a obtenu un pourcentage élevé de guérisons dans le traitement des verrues vulgaires (72,7 o/o), des verrues planes (87,7 o/o) et des condylomes acuminés (81,2 o/o) par injections d'un extrait de verrues humaines ou bovines ou de condylomes acuminés. L'expérimentation sur l'animal semble apporter la preuve que ce n'est pas par suggestion qu'agit la méthode.

Mycoses.

WERNER JADASSOHN (Zurich). — **L'origine de l'exclusive localisation de la trichophytie sur la peau (dermatotropisme).** — D'où vient que les hyphomycètes ne végètent sur le vivant que dans la couche cornée

de l'épiderme, alors qu'on peut les cultiver sur des organes morts (foie ou rein) ? D'après J., c'est précisément l'absence de vitalité de la couche cornée de l'épiderme qui permet leur développement. Voulant vérifier cette supposition, il a inoculé avec l'*achorion quinckeanum* la cornée et le cristallin du cobaye. Or, organe aussi peu vitalisé que la couche cornée de l'épiderme, le cristallin seul fut le siège d'un développement du parasite.

A. Nanta et Chatellier (Toulouse). — **Mélanodermie et sidérose mycosique.** — L'avidité des champignons pour le fer est marquée par sa fixation, tant par eux que par les tissus malades, d'où hémolyse, et, chez certains *aspergillus*, formation de corps concentriques ferrugineux. De plus, semble-t-il, formation locale de pigment mélanique.

On peut donc se demander si la présence de corps concentriques ne suffit pas à témoigner d'une sidérose mycosique comme dans certaines splénomégalies. S'il y a mélanodermie, est-elle splénique, mycosique ou sidérosique ? Tel est le sujet, auquel les auteurs apportent une contribution expérimentale (sidérose aspergillaire splénique du chien).

H. C. J. Finsen. — **Épidermomycose chez des nourrissons.** — Des recherches faites dans quelques cas d'intertrigo ont mis en évidence des champignons du genre *monilia*, décelables tant par examen direct que par culture et variant entre eux par leur pouvoir fermentatif.

E Globus (Wilno). — **150 cas de mycoses de la tête chez des enfants traités par le thallium acétique.** — G. recommande ce procédé pour les foyers d'endémie teigneuse éloignés des centres radiologiques. Il n'a, dans la grande majorité des cas, pas eu de complications très sérieuses à déplorer. Il note par ailleurs que les complications graves, dont la survenue pourrait faire croire à une activité plus grande du produit, ne sont pas toujours suivies d'une dépilation satisfaisante.

Benedek (Leipzig). — **De la schizosaccharomycose (synthèse).** — Le *schizosacharomyces hominis* de Benedek donnerait lieu à un parasitisme latent des organes internes, puis à des manifestations cutanées tardives (eczéma séborrhéique, pityriasis rosé, pompholix d'Hutchinson, le premier étant une mycose, les deux autres des mykides). Le parasite s'obtient en culture à partir des squames, du sang, mais surtout de la sérosité des phlyctènes de vésicatoire où sa recherche directe serait possible.

Miller, E. Hiram et Howard Morrow (San Francisco). — **« Granulome coccidioïdal ». Sa différenciation d'avec la blastomycose.** — Observation d'un sujet chez qui un état ancien de saprophytisme coccidioïdal cutané prit une forme pathogène sous l'influence d'un traumatisme.

V. MALLINCKRODT-HAUPT (Brühl. près Cologne). — **Au sujet de la biologie des champignons cutanés pathogènes.** — Une centaine de souches diverses ont été cultivées en milieu liquide et étudiées au point de vue de la tension superficielle, de la concentration en ions H et du pouvoir fermentatif (trypsine et lipase). M. conclut à l'existence de propriétés spéciales, apanage exclusif de groupes déterminés, donc utilisables pour leur classification. A noter que l'*A. quinckeanum* se comporte à ce point de vue comme un trichophyton et non comme un achorion.

FR. KOGOJ (Zagreb). — **Études expérimentales sur l'allergie après infection mycosique.** — Diverses questions se rapportant au sujet sont abordées par K. Évolution chez le cobaye de l'infection par *Achorion quinckeanum* obtenue *per os*. Rôle de l'irritation cutanée sur l'infection mycosique expérimentale de la peau de l'animal. Rôle d'une primo-infection silencieuse obtenue *per os* sur la production d'un état allergique retentissant sur l'évolution d'une secondo-infection mycosique cutanée.

Enquêtes de chimie biologique en relation avec la dermatologie.

ÉMILE PETRACEK (Prague). — **La lymphe et les affections cutanées.** — Le Pr Samberger a introduit un nouveau groupe nosologique : celui des affections liées à des anomalies de sécrétion ou de circulation de la lymphe, ce dernier mot étant pris dans le sens de liquide nutritif que reçoivent les tissus. P. a tâché de distinguer ce liquide de celui des transsudats. Il a pu le faire :

1° à l'aide d'une coloration spéciale obtenue *in vitro* par une éosine modifiée ;

2° par la méthode polarographique de Heyrowsky.

Il a pu établir enfin que, par opposition aux liquides des transsudats, la lymphe est une sécrétion élective, par l'absence de passage dans les bulles artificiellement provoquées d'anatoxine injectée au sujet.

FRAZIER, N. CHESTER et CH'UAN-K'VEI HU (Pékin). — **Lésions cutanées associées à une déficience en vitamine A chez l'homme.** — Pendant l'hiver et le printemps de 1928-1929, de nombreux cas de déficience en vitamine A furent observés à Pékin chez les soldats soumis à un régime carencé en protéines animales et en graisse. Les sujets en question présentaient une kératomalacie bien définie, mais avant l'apparition des lésions oculaires « la peau devenait sèche, finement squameuse et de teinte plus sombre, et sur certaines plages du tronc et des extrémités se développait une éruption symétrique de papules folliculaires. Sèches, fermes et surpigmentées, elles contenaient de grands bouchons kératosiques, dont beaucoup faisant saillie hors des follicules

pileux comme des épines cornées. Sur la face, l'éruption ressemblait à une acné sans pustulation, et il y avait de grands comédons. Dans quelques cas la peau s'ulcéra en des places isolées, surtout aux jambes ».

Histologiquement, on trouva une hyperkératinisation des cellules épithéliales donnant lieu à une obstruction des follicules pileux et des canaux sudorifères. En même temps, hypertrophie et surpigmentation épidermiques, et modifications glandulaires cutanées.

« Par un régime adéquat les lésions diminuèrent de volume et parfois disparurent, laissant aux orifices folliculaires de fines cicatrices pigmentées à leur périphérie. Il y eut dans l'état oculaire une amélioration correspondante, mais plus rapide. »

G. A. Rost (Fribourg-en-Brisgau). — **Fondements des études sur le métabolisme dans les maladies cutanées.**— S'étant borné à la question du métabolisme des hydrates de carbone, R. recommande notamment que les dosages soient faits à partir du sang capillaire plutôt que du sang veineux, et en ayant égard aux variations des taux indépendantes des troubles du métabolisme (grossesse, règles, fièvre, maladie de Basedow, etc.). L'hypertension liée à une néphrite atrophique peut comporter une hyperglycémie sans passage du glycose dans les urines. En d'autres cas, le seuil du rein pour le glycose peut s'abaisser. Enfin, quand la teneur de la peau en sucre s'exagère, sa richesse plus ou moins grande en ferments modifie les réactions individuelles, le rôle de ceux du pancréas étant à discuter.

M. Donald Pillsbury. — **Le métabolisme carbo-hydraté intrinsèque de la peau ; rapport préliminaire d'études expérimentales** (*Section de chimie physiologique et section de dermatologie et syphilologie. École de médecine, Université de Pensylvanie*). — Les recherches personnelles exposées par P. ont consisté dans la détermination comparative de la teneur en acide lactique de la peau d'animaux affamés d'une part, bien nourris d'autre part, et aussi l'étude de la formation d'acide lactique dans des échantillons de peau mis à l'étuve. Mais P. montre préalablement l'intérêt de la question en se référant aux travaux antérieurs. L'acide lactique correspond à une phase importante de la décomposition des hydrates de carbone. Or, la peau contient à la fois du glycogène, du glucose et des diastases, agents de transformation. L'excès de glucose cutané des diabétiques peut on non s'accompagner de troubles dermatologiques dont l'origine est à chercher pour Bloch dans l'action de produits anormaux de décomposition. L'usage d'épreuves de tolérance cutanée et sanguine du glucose a permis de décrire plusieurs types, notamment d'un *diabétique* pouvant s'accompagner de prurit, eczéma, furonculose, gangrène, et d'un second *endocrino-sympathique* avec lequel peuvent s'associer des ulcères de jambe et de l'ecthyma.

En ce qui concerne l'acide lactique cutané dont le taux est l'un des

éléments essentiels de la solution de semblables problèmes, P. déduit de ses patients travaux les conclusions suivantes :

L'acide lactique, produit important du métabolisme des hydrates de carbone, existe dans la peau saine, où il peut être mis en évidence sauf quand la peau a subi une congélation préalable.

L'abaissement de la tension de l'oxygène n'a pas d'effet caractérisé sur la formation d'acide lactique cutané *in vitro*.

En présence de glucose, surtout dans une solution phosphatée et à l'étuve, la formation d'acide lactique s'accroît.

La production cutanée *in vitro* d'acide lactique est accrue chez les animaux ayant au préalable reçu une injection glucosée.

Le taux de l'acide lactique cutané s'abaisse chez les animaux affamés, s'élève chez ceux bien nourris.

Il existe en somme un métabolisme cutané spécifique des hydrates de carbone et dont P. se réserve de poursuivre l'étude selon diverses conditions.

E. H. Hermans et Hogerzeil (Rotterdam). — **Glycémie et maladies de peau.** — Après une brève synthèse, suivie de la présentation de courbes de glycémie obtenues par les épreuves de tolérance dans diverses maladies de peau. H. et H. discutent les raisons de l'affinité des pyogènes pour la peau des hyperglycémiques : nature du milieu ou lésions tissulaires. L'étude du rôle du sucre sur leur croissance est poursuivie dans le domaine expérimental sur milieux artificiels et sur des lapins rendus hypo ou hyperglycémiques.

Moncorps (Munich). — **Au sujet des relations entre le métabolisme des hydrates de carbone et la teneur en soufre, et de leur signification en dermatologie.** — Les troubles du métabolisme du sucre sans glycosurie décelable et sans diminution de la valeur réductrice du sang nutritif se rencontrent surtout dans les affections suivantes : prurit anal, vulvaire et périnéal, prurit *sine materia*, pyodermies, eczéma localisé et généralisé, particulièrement eczéma allergique (eczématoïde exsudative tardive de Rost). Bien plus, les courbes de glycémie obtenues après administration veineuse de glucose chez les porteurs de ces affections sont très semblables à celles obtenues chez les diabétiques et n'en diffèrent que par la hauteur du niveau. Ces faits sont corroborés par l'action thérapeutique de moyens antidiabétiques (levure, réduction des hydrates de carbone, insuline).

M. néanmoins ne croit pas qu'on puisse considérer ces dermatoses comme liées à un véritable diabète. Bien plutôt, la diminution dans la tolérance des hydrates de carbone lui semble-t-elle elle-même sous la dépendance des troubles cutanés, Urbach ayant démontré le rôle de la peau dans leur métabolisme.

D'autre part, l'analogie de la courbe concernant les dermatoses avec

la courbe diabétique ne porte pas seulement sur la glycémie, mais aussi sur le glutathion sanguin. Or, une série d'expériences ont permis à M. d'établir les points suivants.

Il existe un système d'oxydo-réduction basé sur la réaction réversible glutathion-glutathionide, et qui joue un rôle important dans le métabolisme des hydrates de carbone. Cette tripeptide soufrée existe dans la partie épithéliale de la peau et subit des variations à la suite des modifications expérimentalement produites dans le métabolisme des hydrates de carbone.

L'augmentation du soufre épidermique est possible par voie cutanée sous forme d'onguents ou de bains. Son vecteur électif est le glutathion épidermique dont la réduction se produit alors. Outre son action pharmacodynamique habituelle, le soufre appliqué produit une diminution de la glycémie, en somme une action antidiabétique, et qui va de pair avec l'augmentation des produits thiolés cutanés.

De ces faits, M. tire les conclusions suivantes :

La peau, organe d'abord facile, se trouve par là-même offrir un champ étendu aux études expérimentales concernant le problème du diabète.

Les constatations faites permettent d'expliquer l'efficacité thérapeutique des bains soufrés chez les diabétiques et l'efficacité sur le métabolisme des hydrates de carbone de produits agissant par l'intermédiaire de la peau.

Les troubles du métabolisme des hydrates de carbone qui se rencontrent dans une série de dermatoses en l'absence d'hyperglycémie et de glycosurie sont attribués par M. à un déficit de la réaction réversible d'oxydo-réduction glutathion-glutathionide dans le domaine de l'organe cutané.

FEIT, HERMANN, THRONE, BINDFORD et MYERS (New-York). — **La pelade et ses relations avec une rétention métallique**. — De cette enquête sur la pelade, les résultats sont les suivants :

Sur 7 biopsies de la place malade, les auteurs décelèrent des quantités variables d'arsenic allant de 0 à 2,07 micromilligrammes pour 100 grammes de matériel sec. Sur 3 de ces échantillons, la coloration de Weigert des fibres élastiques dans la graisse sous-cutanée, les nerfs, les parois vasculaires et le tissu périfolliculaire. Les 7 échantillons fournirent des granules jaunâtres par la méthode d'Osborne pour la coloration microchimique de l'arsenic. L'examen des urines des sujets donna d'autre part chez 8 o/o des hommes et 23 o/o des femmes des quantités variables d'arsenic.

La recherche du plomb dans les urines en montra des quantités variables dans les trois quarts des cas environ.

Chez 8 o/o des hommes et 5 o/o des femmes, l'examen du sang montra une élévation du sucre et un abaissement des chlorures (courbe métallique). Sur 60 Wassermann, 4 seulement furent positifs.

Sur 152 déterminations du métabolisme basal, la moitié environ donna des chiffres anormaux. La capillaroscopie montra que les capillaires étaient contractés ou non visibles.

Aux tests pharmacologiques utilisés en application locale, quelques malades réagirent dans un sens sympathicotonique. Enfin, les tests de la fonction sudorale montrèrent sur les places glabres un accroissement de la sécrétion, la nature de celle-ci ayant subi les mêmes modifications que le sang (sucre élevé, chlorure abaissé).

Questions thérapeutiques.

Eduardo Ledo Dunipe. — **Résultats du traitement des ulcères variqueux par le plomb en lame.** — Après nettoyage à l'éther, et, si le pourtour de l'ulcère est eczématisé, nitratage de celui-ci suivi d'application d'une pommade à l'oxyde de zinc, on découpe une lame de plomb de même forme que la lésion à traiter, mais dépassant sa surface de quelques millimètres, et on en assure l'application parfaite par quelques tours de bande de gaze. Puis, après avoir disposé de la ouate sur la lésion et aussi les points de pression maxima, on assure par une bande de toile une compression égale et ferme de la racine des doigts jusqu'au dessus du genou. Un tel traitement est ambulatoire, mais les pansements doivent être quotidiens, ou plus espacés selon la réaction produite.

Cette méthode, déjà pratiquée plus de 30 ans par le père de D. peut se combiner aisément avec d'autres procédés. Elle donne près de 66 o/o de guérisons dans le premier mois du traitement et permet au malade de continuer sa vie habituelle.

A. Tischnenko et T. Koljada (Kiew). — **De l'effet de l'hyposulfite de soude et du chlorure de chaux sur la réserve alcaline sanguine** — De leurs recherches, T. et K. concluent que ces produits injectés par voie veineuse font la plupart du temps fléchir le taux de la réserve alcaline, à la fois du sang et des phlyctènes artificiellement provoquées. Ils peuvent donc rendre des services, notamment dans les eczémas, mais aussi, si cette réserve est déjà faible, se montrer inefficaces ou nuisibles, se montrer même facteurs de vagotonie, pour autant que l'acidose conditionne cette dernière. Par contre les dermatoses avec sympathicotonie pourraient en bénéficier.

Arthur William Stillians (Chicago). — **L'argyrie, la valeur pratique de son traitement endermique.** — Dans l'argyrie généralisée, une amélioration satisfaisante de la couleur de la peau peut être obtenue par injection endermique d'une solution de 1 o/o de ferricyanure de potassium et de 6 o/o de thiosulfate de soude. La fâcheuse coloration con-

jonctivale peut disparaître presque complètement. Il en est de même de l'argyrie cutanée, sauf à la paupière inférieure, où l'amélioration est plus lente et peut ne pas être satisfaisante en cas d'atteinte unilatérale. L'anesthésie est nécessaire, mais l'usage d'adrénaline dans l'anesthésique local est contre-indiqué.

I. Saudek (Brno). — **Essai sur l'altération de la résistance cutanée du lapin par l'application répétée de révulsifs chimiques.** — L'application hebdomadaire d'huile de moutarde à 20 o/o sur la peau rasée du lapin pratiquée toujours dans la même zone produit une irritation que l'accoutumance fait décroître, en sorte que des concentrations plus fortes sont suivies de réactions amoindries.

Si les applications sont faites tous les trois jours, des réactions très vives ont lieu, qui diminuent par la répétition. Par contre, et parallèlement à cette augmentation de résistance apparaît de plus en plus nettement un œdème dermique et épidermique, intra et extra-cellulaire, qui serait lui-même une réaction de défense. Une résistance absolue contre l'huile de moutarde à 50 o/o peut être obtenue par l'usage de concentrations progressives. L'application préalable de rayons ultra-violets augmente aussi la résistance de la peau. Bref, une accoutumance peut être obtenue contre les irritants chimiques et l'auteur voit là la matière d'une prophylaxie contre les dermatites et eczémas professionnels.

Les radiations en dermatologie.

Ph. Keller (Fribourg-en-Brisgau). — **Pigment et protection contre la lumière.** — Le pigment cutané, situé dans les couches profondes de l'épiderme, n'est pas destiné à la protection ni contre les ultra-violets, qui n'y pénètrent point, ni contre les rayons calorifiques. Mais la température de la surface d'une place pigmentée s'élève après exposition aux rayons visibles, et ce sont ceux-là qui jouent un rôle dans la pigmentation. Quant à la partie invisible du spectre et surtout les ultra-violets, la protection envers eux est à chercher dans des « pigments invisibles », capables de les absorber, et non forcément identiques aux pigments visibles.

G. Bucky (New-York). — **Thérapeutique cutanée rationnelle par les rayons limite.** — En dépit des progrès réalisés, les rayons X demeurent nocifs pour la peau et les organes internes, et l'usage des filtres n'empêche pas que les doses de radiations utilisées en thérapeutique dermatologique ne soient en énorme disproportion avec celles réellement absorbées par la peau. B. s'est attaché à obtenir des radiations dont l'action demeurât superficielle, incapable donc d'influencer les

couches cellulaires régénératrices. Il y est parvenu par une technique originale, n'utilisant dans leur production que de bas voltages (5 à 6.000 volts) et en remplaçant les tubes habituels qui ne se laisseraient point traverser par le procédé du verre de vitre de Lindemann. Le faisceau de radiations ainsi obtenu est pratiquement homogène.

Les réactions consécutives à ce procédé diffèrent de celles qui résultent communément de la Röntgenthérapie. Certaines d'entre elles s'apparentent à celles qui suivent l'usage des ultra-violets (d'où le nom donné par B. de *rayons limite*). Ainsi aucune épilation n'a jamais lieu, quelle que soit la dose, car ces rayons ne parviennent pas à la papille. L'érythème dit persistant, classiquement distingué de l'érythème précoce (ce dernier n'ayant jamais lieu), suit immédiatement l'irradiation faite à dose appropriée, sans le stade de latence accoutumé. Des brûlures peuvent être produites qui peuvent aller jusqu'à la phlyctène et à la perte de substance superficielle, mais celles-ci se guérissent complètement en une quinzaine de jours avec *restitutio ad integrum* d'une peau normale, et les redoutables douleurs bien connues avec sensation de piqûre ou de brûlure ne les accompagnent jamais. Tandis que ces faits rapprochent des ultra-violets les rayons limites, la durée de la guérison et l'action plus profonde les rapprochent des rayons X.

Au point de vue pratique, la méthode permet d'obtenir avec une promptitude frappante la guérison de multiples affections cutanées (eczémas de toute sorte, acné rosacée, dermatophytoses, lupus vulgaire, sycosis, kérion de Celse, *herpes tonsurans*, épithéliome, verrues, *fungus mycoïdes*, maladie de Kaposi, etc.). En ce qui concerne les infections, la guérison s'obtient à des doses insuffisantes pour détruire la culture du germe en cause, aussi B. exclut-il l'hypothèse d'une destruction directe des bactéries cutanées. Intéressante est encore l'action curatrice de la méthode sur des tumeurs relativement épaissies, bien qu'on doive admettre que les radiations ne pénètrent dans les couches plus profondes qu'en quantité insignifiante, problème dont B. se réserve d'étudier ultérieurement la solution. D'autre part, sur une peau normale, la régénération qui succède à des doses comportant des pertes de substance se fait *ad integrum*, et, même après 3 ans, les expériences de B. n'avaient donné lieu à aucune télangiectasie. Aussi B. pense-t-il que, du fait de son innocuité et de sa rapide action thérapeutique, les rayons limite sont capables de supplanter les rayons de Röntgen dans la plupart de leurs applications dermatologiques.

Plus curieux encore sont les essais de B. sur la leucopénie consécutive aux rayons limite. Un seizième de la dose d'érythème suffit à la produire. Cette observation, jointe à la notion des relations existant entre la peau, le système splanchnique et la moelle osseuse conduisit B. à l'étude de la méthode dans des affections duodénales et dans la *polycythæmia rubra*. Dans le premier cas les irradiations cutanées réalisèrent une amélioration générale et fonctionnelle rapide ; dans le second,

les résultats d'appréciation plus aisée, sont rapides et brillants, si l'on juge sur les deux sujets ayant jusqu'à présent reçu les soins de l'auteur.

A. Kissmeyer (Copenhague). — **L'emploi des rayons limite dans la dermatologie.** — Avec l'appareil Dermolux, K. a traité plus de 200 malades, tous revus au moins 3 mois après. Sur 41 psoriasis, 17 fois fut obtenue la guérison, 12 fois l'amélioration des lésions traitées. Sur 34 eczémas, 15 furent guéris, 15 améliorés. Sur 8 névrodermites, 2 furent guéries, 3 améliorées. K. a obtenu également des améliorations dans un pemphigus végétant et une dermatite herpétiforme, 2 lupus érythémateux très résistants et un *lichen ruber* acuminé.

L'effet cutané des rayons limite diffère de celui des rayons X à ondes plus courtes, mais ils ne peuvent servir à traiter à la fois de grandes surfaces et laissent une pigmentation assez marquée. K. les suppose destinés à remplacer les vrais rayons X dans le traitement des maladies des couches superficielles de la peau, « le traitement étant plus logique, la plupart des rayons étant résorbés dans l'épiderme même et ainsi n'affectant pas le corps papillaire avec ses vaisseaux ».

Schreus (Düsseldorf). — **La situation de la dosimétrie dans la dermatologie.** — S. rappelle l'intérêt de la question en dermatologie. Pour l'appréciation de la dureté des rayons, il recommande le *halbwertmesser* de Christen amélioré par lui-même (Schreus) ; pour la quantimétrie, le dosimètre Sabouraud et Noiré ; pour l'ionométrie, le mékapion de Strauss. La question du dosage biologie n'a pas encore reçu de solution définitive.

Julius Samek. — **Irradiation de la thyroïde dans les maladies de peau.** — En s'appuyant sur les résultats du métabolisme de base et de l'examen clinique des sujets, S. a pratiqué des applications de rayons X sur la thyroïde dans certaines dermatoses (cas d'eczémas, de névrodermites, de maladie de Fox-Fordyce). Il conclut que par ce moyen la guérison de la dermatose peut être obtenue si elle est liée à une hyperthyroïdie formant cercle vicieux avec une névrose végétative. Mais une aggravation de la dermatose peut se produire au début du traitement, ceci sous la dépendance de l'à-coup sécrétoire réactionnel précoce décrit par Pordes.

Mario Monacelli (Rome). — **Irradiations et système réticulo-histiocytaire cutané.** — M. a voulu établir quelle part prend ce système aux réactions cutanées provoquées par les rayons de Röntgen. Ses résultats seront publiés.

Blennorragie.

Lomholt Svend (Copenhague). — **Quelques observations sur la pénétration de sels de métaux lourds dans la muqueuse de l'urèthre mâle.** — Des recherches ont été faites par L. sur le degré de pénétration de solutions de nitrate d'argent et de chlorure de plomb. De la mise en œuvre de ses ingénieux procédés d'investigation résulte que des solutions aqueuses de sels d'argent n'ont besoin d'être retenues dans l'urèthre que durant une période assez courte, pour développer leur effet dans sa plénitude. « Malgré la petite quantité de métal laissé dans les muqueuses de l'urèthre, les analyses des injections de chlorure de plomb semblent prouver qu'on obtient néanmoins un effet assez pénétrant. »

V. Genner (Copenhague). — **Sur le traitement de la blennorragie chez l'homme par les lavages de Janet.** — G. considère cette méthode comme de beaucoup supérieure à celle des lavages par la seringue uréthrale, ceci aussi bien dans les uréthrites antérieures que dans les formes postérieures ou compliquées.

G. Hopf (Hambourg). — **Mode d'action de l'argent dans la gonorrhée** — H. étudie les relations entre l'ionisation des solutions, leur action bactéricide, etc. Il tire des conclusions concernant le traitement de la gonorrhée, d'après les essais faits avec des solutions appropriées aux conditions chimiques rencontrées dans l'organisme.

Frühwald, Richard (Chemnitz). — **L'image radiographique de l'urèthre postérieur dans la gonorrhée.** — Relevons la possibilité de découvrir par cette technique des dilatations des voies prostatiques et des abcès prostatiques chez des sujets conservant avec persistance des gonocoques et des globules de pus dans leurs sécrétions, tandis que la prostate peut à la palpation sembler complètement normale.

Langer, Erich (Berlin). — **La valeur de l'image radiographique dans les affections gonorrhéiques et postgonorrhéiques.** — Méthode utile dans un grand nombre de cas pour l'exploration tant de l'urèthre que des formations glandulaires annexes. Un grand nombre de diapositifs illustrent l'opinion de L.

Ricardo Bertoloty (Madrid). — **Diagnostic cytologique des rétrécissements gonorrhéiques.** — De ce travail, B. dégage les conclusions suivantes :

1° La présence de fibroblastes dans l'exsudat uréthral d'un malade à

antécédents gonorrhéiques est un symptôme de valeur dans le diagnostic d'un rétrécissement uréthral.

2° Ces fibroblastes peuvent se rencontrer en l'absence de manifestations actives.

3° Les exsudats à fibroblastes ont une évolution aseptique.

4° Ces fibroblastes, selon toute vraisemblance, dérivent d'une infiltration embryonnaire de la muqueuse uréthrale, infiltration qui, dans sa période terminale, aboutit à la fibrose.

G. Solente.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en septembre 1930.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

La bismuthothérapie de la syphilis dans le service du Dr L. Fournier à l'hôpital Cochin (1921-1930), par A. Schwartz. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLV, no 3, septembre 1930, p. 386.

S. rend hommage à la mémoire du Dr Louis Fournier qui, pendant dix ans, poursuivit dans son service et son laboratoire l'étude de la bismuthothérapie de la syphilis. Pendant cette période, 5.000 malades environ ont été traités par le bismuth *seul* sans adjonction de mercure ou d'arsenic. Les résultats thérapeutiques obtenus avec le bismuth, surtout avec le bismuth lipo-soluble, sont aussi rapides que ceux donnés par les injections intraveineuses d'arsenic ; l'action sérologique est plus constante qu'avec les arsénobenzols. Ils n'ont pas constaté de bismutho-résistance vraie. Aucun accident sérieux n'a pu être imputé à ce médicament. S. demande pourquoi « certains syphiligraphes préfèrent encore les arsénobenzols au bismuth quand il s'agit de guérir rapidement une lésion syphilitique ». H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le syndrome ano-vulvaire, par R. Cohen. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 9, septembre 1930.

Nous avons analysé dans ces *Annales* la thèse de C. sur ce sujet. Elle constitue un remarquable travail de mise au point de nos connaissances sur cette question. Dans cette courte revue générale, C. schématise l'étude de ce syndrome complexe, montre quelles en peuvent en être les causes adjuvantes et efficientes, et comment on arrivera au diagnostic. Le traitement général doit être étiologique ; le traitement local est souvent difficile et décevant. Le syndrome ano-vulvaire reste une maladie sérieuse. H. Rabeau.

Un cas probable de panaris double gonococcique métastatique, par Léon Huet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 9, septembre 1930.

Observation d'une femme de 46 ans, atteinte cliniquement de vulvo-vaginite blennorragique, chez laquelle surviennent des phénomènes de fluxions péri-articulaires synoviales et musculaires avec phénomènes généraux à type de rhumatisme gonococcique. Elle est traitée par des

injections de vaccin gonococcique. Après la 3e injection, l'infection semble se localiser au niveau des gaines des fléchisseurs de l'index droit et du gros orteil. Les symptômes sont analogues à ceux d'un panaris banal. On ne trouve cependant pas de porte d'entrée. L'incision est nécessaire. A l'orteil on trouve quelques gouttes de pus. A l'index droit, pus épais verdâtre, il s'agit d'un véritable panaris des gaines. Ces panaris jouèrent le rôle d'un véritable abcès de fixation ; la maladie évoluant ensuite rapidement vers la guérison. Il manque malheureusement à cette observation la preuve microbiologique. H. Rabeau.

Archives de l'Institut prophylactique (Paris).

Êtes-vous ou n'êtes-vous pas syphilitique par A. Vernes. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. II, n° 2, avril-juin 1930, p. 107.

L'auteur met en garde contre les résultats de la réaction de Bordet-Wassermann alors qu'on possède dans la méthode syphilimétrique un procédé de mesure qui ne laisse plus place à l'influence personnelle de l'observateur. H. Rabeau.

Au sujet de l'enquête de la Société des Nations sur le traitement de la syphilis, par A. Vernes. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. II, n° 2, 2e trimestre 1930, p. 111.

Répondant à cette enquête, V. apporte la reproduction de 100 graphiques, classés sous les rubriques :

I. Réinfection	1	à	5
II. Naissance d'enfants sains	6	à	10
III. Différentes manières de réussir :			
A) porteurs de chancres	11	à	36
B) syphilis acquise sans participation des méninges :			
a) avec signes cutanés ou muqueux	37	à	65
b) sans signes cliniques	66	à	80
C) syphilis acquise avec participation des méninges	81	à	87
D) hérédo-infection	88		
IV. Difficultés diverses	89	à	92
V. Perfectionnements	93	à	100

On consultera avec fruit cette documentation remarquable, et ces observations longuement suivies. V. rappelle une fois de plus que le retour du graphique à 0, n'a aucune valeur pronostique, quelle que soit sa durée si le liquide céphalo-rachidien n'y participe pas, c'est-à-dire si on n'a pas fait la preuve qu'il est ou qu'il est redevenu normal. Le retour au normal n'a pas de valeur concluante si le traitement s'est terminé soit par du mercure, soit par du bismuth.

H. Rabeau.

A propos du compte rendu par le Pr H. Sachs de la deuxième conférence de Copenhague sur la sérologie de la syphilis, par S. Uppoltz. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. II, n° 2, 2e trimestre 1930, p. 203.

On ne saurait montrer trop de prudence dans la question de « sensibilité » des séro-réactions, car il est possible de fausser à ce point la sensibilité que la réaction perde toute valeur diagnostique. L'appui de la sérologie sur la clinique est le fondement même de la sérologie. Le rôle de l'opération est considérable puisqu'il élimine les résultats fournis par 8 opérations sur 16. Aucune réaction ne lui paraît assez sûre pour se suffire à elle-même, et les résultats probants ne peuvent être obtenus que par l'emploi de plusieurs procédés.

H. Rabeau.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

A propos de l'eczéma du nourrisson, par R. Froyez. *Archives de Médecine des enfants*, t. XXXIII, n° 9, septembre 1930, pp. 550-554.

Courte revue générale des symptômes et du traitement de l'eczéma du nourrisson au cours de laquelle l'auteur insiste sur les avantages d'un changement d'air et en particulier d'un séjour au bord de la mer.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Hépatite syphilitique secondaire avec ictère, toxicité des sels de bismuth soluble, par P. Chatagnon. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 38, 6 septembre 1930, p. 645.

Il s'agit d'un homme de 23 ans, atteint de débilité mentale, qui présente un chancre du sillon interfessier et une syphilis secondaire floride avec hépatite, gros foie, grosse rate, poly-adénopathie. On le traite par des injections intramusculaires de bismuth soluble de 1 centimètre cube. Il reçoit trois injections. L'ictère syphilitique secondaire n'est pas sensiblement modifié, mais une hépatite dégénérative s'installe, évoluant vers la mort en 18 jours. C. invoque la fragilité spéciale des parenchymes lors des infections ou des intoxications, l'intensité de l'infection syphilitique, et pense qu'il s'agit d'une lésion hépatique à la fois infectieuse (syphilis) et toxique (bismuthique).

H. Rabeau.

Au sujet de la syphilis, par Th. Ledoux. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 46, 30 septembre 1930, p. 677.

L., étudiant la statistique de Burnier à la Société de Dermatologie et de Syphiligraphie en mars 1930, s'étonne que le « pourcentage des syphilitiques contaminés dans les maisons suive la progression, 3 o/o en 1926, 6 o/o en 1927, 9 o/o en 1928 et 10 o/o en 1929 ». Écartant l'hypothèse du traitement inopérant, L. admet, ou que trop de médecins

ne soignent pas la syphilis, ou qu'il y a des procédés de contamination que nous ne connaissons pas (formes infra-visibles).

H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie ; résultats, par A. MARIE. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* nº 12, 11 juillet 1930, p. 375.

Depuis de nombreuses années, M. a particulièrement étudié la malaria expérimentale. Il en indique la technique et les résultats favorables. Nous ignorons le mécanisme de son action, qui est certainement complexe et multiple. Pour lui, c'est maintenant un devoir de traiter la paralysie générale toutes les fois et le plus tôt que possible par la malariathérapie ; on devra remalariser les paralytiques généraux dont la rémission a été incomplète ou insuffisamment stable.

H. RABEAU.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Hérédo-syphilis avec chorée, goitre, otite interne scléreuse, par L. BABONNEIX. *Gazette des Hôpitaux,* 103e année, nº 73, 10 septembre 1930, pp. 1294-1295.

Très courte observation d'une jeune fille de seize ans présentant un petit goitre sans aucun signe basedowien, une forte myopie, un peu de scoliose, de la nervosité, des lésions probables de l'oreille interne. Malgré une sérologie négative la syphilis doit vraisemblablement être incriminée en raison d'une kératite interstitielle ; le traitement spécifique sera donc institué.

A. BOCAGE.

Journal de Médecine de Paris.

Érythème noueux et tuberculose, par PAUL COURMONT. *Journal de Médecine de Paris,* 50 année, nº 35, 28 août 1930, p. 744.

L'étiologie tuberculeuse de l'érythème noueux est admise par un grand nombre d'auteurs. C. publie l'observation de trois cas familiaux qui, par leur développement analogue, par le fait d'une étiologie commune, paraissent nettement d'origine tuberculeuse. Pour C., l'étiologie la plus fréquente de l'érythème noueux est une tuberculose extrêmement atténuée, souvent latente. Le diagnostic se fera grâce à l'ensemble des petits signes cliniques et aux réactions sérologiques. Le pronostic est très favorable ; on devra cependant surveiller la convalescence de ces malades afin d'éviter l'apparition de complications possibles de tuberculose manifeste.

H. RABEAU.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Le traitement diététique du prurigo strophulus, par S. Leroy et R. Mathieu. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CI, 25 septembre 1930, 18e cahier, art. 29.723.

La plupart des auteurs français admettent que les protéines animales présentent une nocivité particulière pour les petits malades atteints de prurigo strophulus, et recommandent de les nourrir de préférence avec des aliments farineux et végétaux. Ces notions classiques ne doivent pas être acceptées sans examen ni discussion. Beaucoup de ces malades présentent, au bout d'un certain temps, les symptômes d'une véritable dyspepsie des farineux, facile à déceler par l'observation clinique et par les examens coprologiques. Cette dyspepsie des farineux se manifeste par des accidents multiples et variables : troubles digestifs, troubles de la nutrition et dystrophies, troubles nerveux. Sans omettre les questions de terrain, d'infections chroniques, il faut s'efforcer d'établir un régime convenablement équilibré, de faire tolérer à doses progressives les légumes frais, riches en vitamines, plus tard le jambon, le poisson frais bouilli, la viande grillée, etc... Il y a là toute une question difficile de diététique, dont l'importance est manifeste. Les auteurs publient plusieurs observations démonstratives à ce sujet.

H. Rabeau.

Journal d'urologie (Paris).

Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë, par P. Barbeillon. *Journal d'urologie*, t. XXX, no 2, avril 1930, p. 167.

Le traitement de la blennorragie aiguë est souvent décevant ; il est difficile de juger sur quelques cas. Tout dépend du moment où le traitement est commencé. B. a expérimenté sur des blennorragies aiguës prises au début. Après tous ses essais, il a très souvent été obligé de revenir au permanganate. Les grands lavages lui semblent le traitement de choix pour le malade soigné par son médecin. La vaccination seule lui semble inefficace. Les vaccins colloïdaux sont égaux aux autres vaccins, et préférables dans les complications. La vaccination locale par vaccin colloïdo-microbien lui semble en progrès. Le santalol B. est utilisable en injections intramusculaires en solution huileuse. Le santalol, adjoint au salol et à l'urotropine, administré par la bouche amène une sédation de la douleur et une diminution de l'écoulement.

La chimiothérapie complexe (santalol, salol, urotropine par voie buccale) associée à la gonacrine intraveineuse lui semble le meilleur traitement en dehors du permanganate ; les résultats sont meilleurs que si la gonacrine est utilisée seule. Aucune thérapie ne peut se vanter d'empêcher à coup sûr les complications. Le traitement « standard » de la blennorragie lui paraît être une utopie. H. Rabeau.

Paris Médical.

Urticaire et dermite staphylococcique, par P. Chantriot. *Paris Médical*, 20e année, no 37, 13 septembre 1930, pp. 235-236.

A propos d'un cas d'urticaire chez un porteur d'infection cutanée à staphylocoque et qui guérit en même temps que la pyodermite, l'auteur rappelle que si l'urticaire est souvent une manifestation allergique de la peau vis-à-vis de protéines alimentaires ou thérapeutiques, elle peut être aussi, bien plus souvent qu'on ne le dit, réalisée par des toxines microbiennes, en particulier staphylococciques. Plusieurs références bibliographiques sont citées dans cet article.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Traitement par les rayons infra-rouges des salpingites rebelles à la diathermie et aux autres traitements ; à propos de quatre cas guéris, par Pierre Rousseau et Pierre Nyer. *Presse Médicale*, 38e année, no 78, 27 septembre 1930, p. 1307.

Les auteurs ont obtenu, par l'emploi des rayons infra-rouges, des résultats surprenants dans certaines formes de métro-salpingites absolument rebelles à la diathermie et aux autres courants électriques. Cette méthode n'offre aucun danger, aucune contre-indication à condition qu'elle soit maniée progressivement et prudemment. Exposition du ventre sous l'appareil à 0 m. 20 à 0 m. 50 de distance ; séance d'abord tous les 2 jours, puis chaque jour, d'une durée de 30 à 45 minutes ; séries de 25 à 30 séances espacées de 3 semaines.

H. Rabeau.

Les aurides muqueuses et cutanées, par F. Lebeuf et H. Mollard. *Presse Médicale*, 38e année, no 74, 13 septembre 1930, p. 1239.

Les auteurs proposent le nom d'*aurides* pour désigner les complications cutanées et muqueuses de la chrysothérapie. Ils donnent une description de ces manifestations. Leur étude est basée sur une expérience personnelle d'un millier de malades. L'accident le plus « spécifiquement aurique » est la stomatite. Sur 400 malades traités à Hauteville, 6 présentèrent une stomatite. C'est une stomatite diffuse, blanchâtre, douloureuse, sans augmentation de la sécrétion salivaire. Dans certains cas très rares on peut observer une stomatite érythémato-pultacée, une glossite marginale. Un exanthème à type d'hydroa buccal est beaucoup plus rare. — Les accidents cutanés sont assez fréquents ; il n'y a pas concordance absolue entre la quantité de sel administrée et l'apparition des accidents. Érythèmes, érythrodermies, purpuras, prurit, urticaires, dermites eczématiformes, sont parmi les plus fréquemment notés. On a observé des éruptions lichénoïdes ; enfin des accidents métastatiques survenant chez des bacillaires et revêtant eux-mêmes un caractère de tuberculides.

H. Rabeau.

Revue Médicale universelle (Paris).

Ecchymoses spontanées symétriques des membres inférieurs au cours du tabès, par R. J. Weissenbach, G. Basch et J. Martineau. *Revue Médicale universelle*, 5e année, no 4, septembre 1930, pp. 1-4, 3 fig.

Chez une femme de 45 ans sont apparues simultanément avec des douleurs fulgurantes des ecchymoses spontanées, tout à fait symétriques de la face postérieure des membres inférieurs. Pas de troubles de la crase sanguine, mais une certaine diminution de l'indice oscillométrique surtout d'un côté. Il ne semble pas que dans ce cas les ecchymoses représentent un symptôme de pronostic particulièrement fâcheux.

A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

La sclérose curative dans deux cas de varices lymphatiques, par Joao Alfredo. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, no 7, juillet 1930, p. 689.

Considérant la ressemblance qui existe entre les varices veineuses et les varices lymphatiques en ce qui concerne l'altération structurale des parois des vaisseaux respectifs, J. A. s'est demandé s'il ne serait pas possible de tenter la sclérose curative dans les lymphangiectasies. Il utilise une solution de salicylate de soude à 10 o/o. Les premières injections sont de 2 centimètres cubes, les suivantes, de 5 centimètres cubes.

Chez un premier malade, un mois après le début du traitement, la tumeur diminue nettement. Un an après elle a disparu.

Un second cas donne des résultats comparables.

L'auteur remarque que le processus sclérosant ne s'accompagne pas de crampes violentes, comme dans le traitement des varices veineuses par la même méthode.

D'autre part, il est souvent possible de pousser l'injection dans le vaisseau lymphatique, mais il n'y a pas d'inconvénients à l'introduire dans la trame de la tumeur. En pareil cas, contrairement à ce qui se passe lorsque le liquide reste en dehors de la veine, il n'y a ni sensations douloureuses, ni mortification consécutive des tissus.

J. Margarot.

Première observation d'altérations des terminaisons nerveuses de la pulpe de l'index causées par la syphilis. Etude clinique et anatomopathologique, par Bartholomé Vignale et Juan Malet. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, no 7, juillet 1930, p. 723, 10 fig.

Un malade présente des lésions de syphilis secondaire avec des éléments papulo-lenticulaires siégeant sur la paume de la main et la pulpe de l'index.

L'examen histologique met en évidence :

1° Des altérations communes, telles que l'hyperkératose, l'infiltration lymphocytaire avec cellules plasmatiques, la congestion vasculaire avec périvascularite chronique, la fibrose sous-épithéliale ;

2° Des altérations nerveuses, antérieurement soupçonnées par Max Nonne, mais rencontrées et décrites pour la première fois. Ce sont :

a) des lésions du plexus nerveux superficiel et du plexus sous-papillaire (fibres myéliniques atteintes d'épaississement moniliforme, hypertrophies partielles, fibres amyéliniques dichotomisées) ;

b) des altérations des fibres nerveuses amyéliniques épithéliales (quelques cylindraxes sont atteints d'hypertrophies annulaires, d'autres ont perdu leurs affinités tinctoriales). J. MARGAROT.

L'amino-acidémie dans la lèpre, par ERNESTO A. MOLINELLI et PEDRO M. RE. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. I, n° 8, août 1930, p. 781.

Chez 39 femmes atteintes de lèpre, l'amino-acidémie a été le plus souvent trouvée augmentée. Les chiffres sont comparables, qu'il s'agisse de formes nerveuses, tuberculeuses ou mixtes. On n'en observe pas de faibles : les plus bas restent normaux. Le taux de l'urée n'est pas modifié.

Au cours d'une poussée évolutive, on a noté une diminution de l'amino-acidémie.

Dans plus de la moitié des cas, ses variations suivent une marche parallèle à celle de l'évolution clinique. Elle reste à peu près stationnaire dans les formes qui n'évoluent pas et augmente toutes les fois qu'il se produit un changement, qu'il s'agisse d'une aggravation ou d'une amélioration. J. MARGAROT.

Journal de Médecine de Lyon.

Aortite syphilitique à aspect mitral, par L. GALLAVARDIN et L. GRAVIER. *Journal de Médecine de Lyon,* n° 257, 20 septembre 1930, p. 547.

Il existe des insuffisances aortiques syphilitiques qui, dès le début et jusqu'à la fin, évoluent avec l'aspect mitral le plus typique. Ces formes sont rares, mais il faut les connaître pour éviter certaines erreurs de diagnostic. JEAN LACASSAGNE.

Session annuelle de la Réunion hydrologique et climatique de Montpellier.

Archives de la Société des Sciences médicales et hydrologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen, août 1930.

Le 29 mars 1930 avait lieu, dans le grand Amphithéâtre de la Faculté de Médecine de Montpellier, la session annuelle de la Réunion Hydrologique de Montpellier. L'ordre du jour comportait *l'étude des prurits et de leur traitement hydrominéral.*

PREMIER RAPPORT

Bases physiopathologiques du traitement des prurits, par J. Margarot, Professeur à la Faculté de Médecine de Montpellier. *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, août 1930.

Le prurit est une sensation qui doit être placée à côté de la douleur. Il ressortit au « désagréable ». Son caractère affectif, son indétermination, les phénomènes de répercussivité qui l'accompagnent, paraissent justifier l'hypothèse qu'il a pour point de départ une irritation du sympathique cutané. Il semble logique de localiser son origine dans les fibres amyéliniques des téguments.

La démangeaison relève de la physiologie normale, mais, sans être modifiée dans son essence, elle peut devenir pathologique.

1° Un premier examen des faits met en évidence une première caractéristique de ce prurit morbide.

Son apparition au cours de certaines maladies, dont il constitue un symptôme, établit qu'il est *pathologique par sa cause.*

On l'observe dans les états très divers, qui posent des indications hydrominérales variables (dermites, urémie, hyperglycémie, goutte, obésité, dyspepsies gastriques et intestinales, troubles hépatiques, syndromes endocriniens, leucémies, maladies nerveuses, affections viscérales, etc...).

2° Une analyse plus attentive montre que le prurit est souvent aussi *pathologique par ses caractères propres.*

Il est paroxystique et présente de nombreuses analogies avec une crise d'anxiété ; on y retrouve la même inquiétude, la même obsession croissante, la même impatience d'en finir par un acte libérateur, le même soulagement consécutif.

Comme la crise d'angoisse, la crise de prurit s'accompagne d'une rupture de l'équilibre vago-sympathique, dont on connaît les corrélations avec les divers facteurs physiopathologiques tels que les troubles endocriniens, les variations des constituants chimiques du sang, de l'équilibre acide-base, avec les phénomènes colloïdo-clasiques.

En dernière analyse, la crise de prurit pathologique apparaît comme la traduction subjective d'un choc antigénique en rapport avec un état d'allergie cutanée.

Désensibiliser les malades est donc la grande indication à laquelle doit satisfaire une cure thermale.

Cette notion de physiopathologie générale ne doit cependant pas faire perdre de vue la dominante étiologique de chaque cas. La thérapeutique hydrominérale que commandent les troubles nerveux, nutritifs, endocriniens, cutanés, etc..., rompt souvent au bon endroit le cercle vicieux réalisé par les interréactions des phénomènes et s'avère désensibilisante.

Paul Vigne.

DEUXIÈME RAPPORT

Le traitement hydrominéral des prurits, par J. Anglada (de la Bourboule). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

L'auteur commence par poser le problème physiopathologique du prurit. Il étudie ensuite les facteurs principaux des dermatoses prurigineuses justiciables d'une ville d'eau : notion de la diathèse de base, et sur cette base les causes d'intoxication, d'irritation du système nerveux, d'insuffisance glandulaire, de sensibilisation générale et d'allergie cutanée. Il fait quelques réserves sur le rôle trop prédominant donné à la colloïdoclasie dans les prurits.

Il passe ensuite à l'étude des eaux thermales qui peuvent modifier ce prurit. Il insiste sur la notion de *constituante chimique* ; à ce titre on peut étudier les *sulfureuses* qui ont un élément thérapeutique général et local, mais qui risquent souvent d'irriter l'élément prurigineux ; les *silicatées* dont l'action non spécifique est surtout désintoxicante ; les *arsenicales* dont la Bourboule est le seul représentant, qui contiennent une drogue dont l'action générale est connue depuis longtemps ; dont l'action locale se vérifie par ce qui se passe dans l'intoxication et par les résultats thérapeutiques mentionnés par les anciens auteurs dans le traitement des prurits.

L'auteur dit quelques mots de la *radioactivité* des sources qui garde une valeur très hypothétique encore, du pouvoir phylactique, qui ne s'adresse qu'à un très petit nombre de prurits ; quant aux *techniques*, elles se divisent en cure de boisson, hydrothérapie externe (bain-pansements-pulvérisations-douches générales et locales, douche filiforme créée par Veyrrières, injections intratissulaires. Chacune de ces techniques doit être employée de façon spéciale dans le prurit ; la douche filiforme est longuement étudiée car elle est nécessaire au traitement de certains prurits.

Reste enfin *le choix de la ville d'eau* et de la technique suivant le type de la dermatose prurigineuse.

1° *Grands prurits sans lésions cutanées.* — Cure de boisson, hydrothérapie générale externe, notions de repos, de calme, de grand air. S'il s'agit d'un intoxiqué, n'importe quelle eau peut modifier quelques prurits, la notion de la prédominance de la cause orientera vers telle ou telle station. Les grands nerveux seront calmés à Sail et à la Roche Posay. Si l'on veut une action élective sur le derme on pensera à l'arsenic de la Bourboule et aux eaux sulfureuses faibles.

2° *Prurits localisés (lichénisations, neuro-dermites circonscrites).* Ici l'agent nécessaire et curateur est la douche filiforme, comme elle ne guérit pas la cause et ne prévient pas les récidives, il faudra l'appliquer de préférence dans une station qui agisse sur le tempérament et le derme.

3° Mêmes indications pour le *lichen plan* à plaques localisées très

prurigineuses. La Bourboule est la station élective à cause de l'arsenic.

4° Pour les *prurigos*, l'auteur étudie spécialement le prurigo de Hébra qu'on enverra à Uriage et à la Bourboule ; le prurigo diathésique de Besnier qui sera réservé à la Bourboule, cette station désensibilisante agissant synergiquement sur les manifestations cutanées et sur les phénomènes respiratoires.

L'auteur conclut en fixant provisoirement le domaine thérapeutique des sulfureuses, des silicatées, de la Bourboule. Il attache une valeur antiprurigineuse spéciale à la Bourboule, à cause de son action désintoxicante, de son rôle modificateur du tempérament, de sa localisation spéciale sur le derme et de son pouvoir phylactique.

PAUL VIGNE.

COMMUNICATIONS

Les prurits et leur traitement hydrominéral. Action efficace aux eaux de Saint Gervais, par M. ROUX (de St.-Gervais) *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, août 1930.

A Saint-Gervais, on obtient un effet sur les deux éléments pathogéniques du prurit : nerveux et toxique. L'action sédative est réalisée par le climat et les pratiques externes de cure : l'action désintoxicante grâce aux eaux sulfatées alcalines (source Soutard), employées à l'intérieur. Ici l'élément essentiel est le soufre qui facilite la sulfo-conjugaison, augmente la sécrétion biliaire et favorise les processus d'oxydation.

PAUL VIGNE.

Le traitement hydrominéral des prurits à la Roche Posay, par M. LÉON HUET (de la Roche Posay). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen*, août 1930.

La thérapeutique des prurits doit être à la fois : *neuro-sédative, désintoxicante, désensibilisante.* Le traitement hydrominéral de la Roche Posay, répond pleinement dans son ensemble à ces nécessités primordiales et son action sur les grands prurigineux est à la fois rapide et importante.

1° La Roche Posay est une station neuro-sédative :

A) par son climat tempéré, égal et stable ;

B) ses eaux onctueuses à la peau, *radioactives et silicatées* ;

C) par la gamme des médications externes employées à la station, avec les eaux antiprurigineuses et cicatrisantes :

a) les *douches générales*, courtes, tempérées, en ruissellement ;

b) *les bains*, prolongés, à température tiède et fixe, suivis d'un simple tamponnement qui permet un dépôt minéral rafraîchissant et protecteur ;

c) les *pulvérisations ;*

d) les *douches filiformes*, puissant agent antiprurigineux, d'une

variabilité d'action extrême, suivant qu'on l'utilise en massage profond et prolongé ou en « curetage » des téguments papuleux, lichénifiés, etc...

2° *La Roche Posay est une station désintoxicante et désensibilisante.* Par l'action diurétique énergique et rapide de ses trois sources prises en boisson : Saint-Savin étant plus particulièrement utile aux hépatiques, Saint-Cyprien aux rénaux, Duguesclin aux déprimés.

L'influence de cette cure mixte est remarquable sur les prurits primitifs : prurigos de Hébra et de Besnier, névrodermites, strophulus, prurits péri-orificiels. Mais le traitement hydrominéral est également bienfaisant dans les *prurits secondaires* aux dermatoses (eczémas, psoriasis, lichen plan, érythrodermies) au diabète et à l'urémie.

PAUL VIGNE.

Prurit brightique et cure hydrominérale de Saint-Nectaire, par M. J. J. SERANE (de Saint-Nectaire). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

L'auteur rappelle les relations du prurit brightique avec l'azotémie ; il est aussi des causes prurigènes secondaires, et en particulier l'état névropathique, les troubles hépatiques, la sensibilisation. La cure hydrominérale de Saint-Nectaire, complétée par un régime alimentaire approprié, a eu pour effet de faire cesser le prurit dans 20 cas et de le réduire dans 11 cas, sur 35 malades observés. Il ne s'agit pas d'une action sédative comparable à celle des stations utilisées seulement en dermatologie, mais d'un traitement de fond, visant l'état rénal et les éléments extra-rénaux si importants dans les néphrites chroniques. Le prurit rénal n'est évidemment justiciable de Saint-Nectaire que dans la limite générale des indications de la station au cours de la néphrite urémigène (formes préazotémiques, azotémies d'alarme).

PAUL VIGNE.

L'action efficace des eaux de Molitg sur les prurits, par L. de MASSIA (de Molitg). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

Les eaux de Molitg, qualifiées autrefois de « bains de délices » ont une action remarquable sur les dermatoses prurigineuses. L'auteur en rapporte quelques observations probantes. PAUL VIGNE.

La cure de Capvern dans les prurits, par M. CARCY (de Capvern). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

Les prurits améliorés par Capvern sont ceux des arthritiques, uricémiques, des petits insuffisants hépatiques et rénaux, des goutteux, des obèses et de certains diabétiques. Les eaux, sulfatées calciques, sont employées en boisson (source de Hount Caoute) ; la cure de buvette est complétée par les douches tièdes et surtout les bains tièdes de la

source de Bouridé : les eaux de cette dernière sont naturellement douces, onctueuses et sédatives, possédant un effet local sur l'épiderme, et général sur le système nerveux. Brocq y envoyait toute une série d'eczémateux et de prurigineux. PAUL VIGNE.

Du déséquilibre du système nerveux vago-sympathique ou de l'appareil neuro-végétatif. De son traitement, par M. POUY (de Capvern). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

L'auteur insiste sur la pratique de la cure de Capvern en cas de déséquilibre vago-sympathique. Ce dernier est souvent lié à un véritable syndrome entéro-hépato-sympathique ou vagal secondaire à l'insuffisance hépatique et favorisé par l'hyperexcitabilité nerveuse des neuro-arthritiques.

Il donne des détails sur la cure de boisson et le traitement externe, qui seront employés de façon un peu différente suivant la prédominance du sympathique ou du vague ; les effets des eaux s'expliquent ici par leur teneur en sulfates de calcium et de magnésium. D'autre part, les bains de Bouridé sont négatifs et décongestionnants et la radioactivité paraît intervenir. On ne négligera pas non plus la culture physique ni les détails du régime qui sera peu toxique pour le foie. Enfin l'influence des altitudes et des climats est à considérer.

PAUL VIGNE.

Le traitement des prurits et des dermatoses neuro arthritiques par la source Larressec des Eaux-Chaudes d'Ossau, par de MEDEVIELLE (des Eaux-Chaudes). *Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier et du Languedoc méditerranéen,* août 1930.

Les eaux chaudes sulfatées chlorurées sodiques et calciques, sont, parmi les sources thermales des Pyrénées, celles qui contiennent le moins de soufre et le plus de calcium. On peut traiter toutes les variétés de prurits à la source Larressec ; les prurits vulvaires, génitaux et anaux, sont soignés aux sources de l'Esquirette, les goutteux à la source du Clot ou du Rey.

Le traitement est appliqué, suivant les cas et la réaction première, en enveloppements ou lotions tièdes, douches tièdes, bains, douches de vapeurs sulfureuses ; le traitement externe est réalisé par la cure de boisson de la source lithinée Minvielle, éliminatrice et désintoxicante.

PAUL VIGNE.

L'Algérie Médicale (Alger).

Les grandes étapes de la syphiligraphie en Algérie, par MONTPELLIER. *Algérie Médicale,* septembre 1930, pp. 313-327.

L'auteur nous montre l'œuvre de Gémy qui créa, en 1883, l'enseignement officiel des maladies vénériennes à l'École de Médecine d'Alger et qui occupa la chaire jusqu'en 1901.

On lira avec intérêt dans ce travail documenté, les idées soutenues par le professeur d'Alger et la critique qu'en fait M., à la lumière des découvertes récentes et des conceptions actuellement admises en syphiligraphie.

PAUL VIGNE.

Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences, Alger 15-19 avril 1930.

La syphilis nerveuse en Algérie, par M. J. MONTPELLIER. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* Alger 1930.

Il résulte de ce rapport que la syphilis algérienne a été et reste encore un beau type de syphilis exotique.

Les localisations nerveuses ont été dans l'ensemble beaucoup plus rares chez l'Indigène que chez l'Européen. Cette rareté globale apparaît surtout lorsqu'on envisage la fréquence inouïe de la syphilis dans le monde indigène. Il convient d'établir une distinction très nette de neuro-syphilis chez l'Indigène. Les manifestations de syphilis cérébrales banales, vasculaires et méningées, névritiques, sont d'observation relativement courante, du moins aujourd'hui. Les localisations parenchymateuses aboutissant au tabès et à la paralysie générale restent rares. Cette rareté des syphilis parenchymateuses frappe d'autant plus que les affections neuro-psychiatriques sont d'observation fort courante.

Le virus algérien n'est pas spécial à la race indigène, mais du fait de sa culture répétée sur les téguments et sur le squelette il prend des aptitudes biologiques qui le conduisent à un organotropisme d'ailleurs reversible.

Depuis quelques années, le tableau de la syphilis algérienne change ; tandis que les syphilis destructives et mutilantes se raréfient, le pourcentage des neuro-syphilis augmente. La cause de ce changement réside dans une thérapeutique active.

PAUL VIGNE.

Quelques remarques sur la Leishmaniose cutanée dans le Tell Algérien, par le Dr GROS. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* Alger 1930.

L'auteur a signalé en 1909 le premier cas de leishmaniose cutanée en Algérie. De nombreux cas ont été publiés depuis cette époque. Pour éviter l'extension de cette maladie, M. Gros estime qu'il y aurait lieu d'exercer une surveillance active sur les immigrants.

PAUL VIGNE.

Sur le traitement des teignes en Algérie par le Thallium, par MM. MONTPELLIER, COLONIEU, Melle N. BLOUMENTWEIG. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* Alger 1930.

Étant donnée l'importance de la teigne en Algérie, les auteurs signalent l'intérêt d'une lutte efficace contre cette affection, principalement dans les régions du Sud.

Reprenant les travaux de Aruena, ils appliquent cette méthode à des contaminés des consultations et des hôpitaux et rapportent 39 cas avec 35 succès sans accidents, aux doses de 7 milligrammes par kilogramme.

Les auteurs insistent sur la nécessité d'un traitement post-épilatoire et estiment que l'on pourra, avec un central médical, étendre à toute la population de l'Algérie le bienfait du traitement des teignes par l'acétate de thallium. PAUL VIGNE.

L'acétate de thallium dans l'importante question des teignes en Algérie, par MM. RAYNAUD, BERAUD, COLONIEU. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* Alger 1930.

Cette question très importante étant donné le nombre de teigneux en Algérie et la dépense élevée nécessitée par l'hospitalisation, semble pouvoir être réalisée par cette thérapeutique qui peut être appliquée loin des grands centres et à peu de frais. PAUL VIGNE.

La neurosyphilis indigène, par MM. DUMOLARD et SARROUY. *Congrès de l'Association française pour l'avancement des Sciences,* Alger 1930.

Les auteurs rappellent d'abord les traits cliniques généraux de la syphilis chez l'Indigène algérien : exubérance des lésions cutanées et osseuses, rareté de la syphilis neuro-parenchymateuse, tendance à augmenter progressivement de fréquence. Cette syphilis rentre donc dans le cadre de la syphilis exotique décrite par MM. Jeanselme et Sézary.

La rareté de la neuro-syphilis parenchymateuse qui s'oppose d'ailleurs à la fréquence relative de la neuro-syphilis conjonctive vasculaire, est donc la caractéristique de la neuro-syphilis indigène. Cette rareté est d'autant plus remarquable que, d'une façon générale, les diverses affections nerveuses sont, autant qu'on en peut juger, très comparables, quant à leur fréquence et à leur diversité, chez l'Indigène et chez l'Européen habitant l'Algérie.

Dans l'explication des faits, les auteurs estiment qu'il faut faire une place prépondérante au facteur terrain. A côté des éléments déjà invoqués, ils pensent qu'il faut probablement réserver une place importante aux maladies qui frappent plus spécialement l'Indigène algérien et particulièrement en ce qui concerne ce dernier, au paludisme, surtout sous la forme du paludisme chronique viscéral. Il ne s'agirait nullement d'une action spécifique mais d'une action indirecte résultant de modifications humorales profondes. Les auteurs répètent qu'à leur avis cette hypothèse ne saurait être rejetée sans avoir été approfondie.

PAUL VIGNE

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur les maladies allergiques de la peau avec considérations particulières sur leur traitement spécifique (Ueber allergische Erkrankungen

der Haut unter besonderer Berücksichtigung der spezifischen Behandlung), par W. Richter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 36, 6 septembre 1930, p. 1327.

Après une courte revue historique et critique sur l'allergie, l'auteur expose les constatations sur les diverses dermites allergiques : médicamenteuses, d'origine végétale, chimique, alimentaire et actinique. Quand les commémoratifs ne permettent pas de retrouver facilement l'agent provocateur (allergène), il faut recourir aux tests. R. emploie toujours l'injection intradermique ; la dose est de 0 cc. 1 ; la dilution varie avec l'intensité des phénomènes cliniques, la toxicité de l'allergène. De façon générale, il convient d'employer la dilution la plus élévée possible. L'injection intradermique constitue aussi le traitement de toutes ces affections allergiques (dermites arsenicales, mercurielles, par henné, par produits de ménage, par primevère, foin, fruits, etc.) ; elle peut être répétée au bout de 4-6 jours, quand la première s'est montrée insuffisante, en élevant la concentration du produit injecté. Dans 46 cas divers, R. a toujours obtenu la sédation rapide des phénomènes inflammatoires (urticaire, gonflement, suintement, prurit) et ensuite la guérison et aussi l'immunisation contre de nouvelles intoxications. Ces faits démontrent le rôle antitoxique de la peau.

L. Chatellier.

Etude sur les expériences de désensibilisation dans les dermites professionnelles (Bericht über Desensibilisierungsversuche bei berufliche Erkrankungen der Haut), par B. Hajas. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 36, 6 septembre 1930, p. 1340.

La notion de l'eczéma allergique et idiosyncrasique est utile dans maintes dermites professionnelles. La détermination de l'agent provocateur permet de tenter, souvent avec succès, la désensibilisation du sujet. Chez tout eczémateux, H. essaie de définir, par la méthode de Jadassohn, s'il s'agit d'un eczéma non spécifique (épreuves de B. Bloch) ou d'un eczéma spécifique avec les tests, quand l'anamnèse ne renseigne pas d'emblée. La désensibilisation s'obtient par diverses voies : épidermique, intradermique et sous-cutanée. H. préfère la première qui consiste à déposer sur la peau un lambeau de toile imbibée de la substance irritante. Il rapporte 9 observations de dermites professionnelles (huile, asperge, persil, terpentine, acide chromique, etc.) dont les porteurs ont été progressivement guéris et désensibilisés.

L. Chatellier.

Altérations de la peau et des ongles au cours du rhumatisme articulaire ankylosant (Haut und Nagelveranderüngen bei ankylosirendem Gelenkrhumatismus), par E. Isrælski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 37, 13 septembre 1930, p. 1371, 2 fig.

Pzibram a jadis insisté sur ces altérations. Sur 56 malades, J. en a constaté 4 fois chez des sujets porteurs de rhumatisme ankylosant chronique infectieux. D'abord, pigmentation brune des doigts, puis éry-

thème inflammatoire, et enfin atrophie, après quoi s'installent les troubles trophiques des ongles et, particulièrement, l'hyperkératose sous-onguéale. CH. AUDRY.

Lymphogranulomatose inguinale avec érythème noueux et aphtes de la région génitale (Lymphogranuloma inguinale mit Erythema nodosum und aphtösen Erscheinungen am Genitale), par L. KLEEBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 37, 13 septembre 1930, p. 1376.

Dans un cas observé chez une femme de 22 ans, la maladie s'accompagnait d'érosions aphteuses ano-génitales et d'un érythème noueux de la jambe droite et de l'index gauche. Avec le liquide d'une bulle de vésicatoire, K. obtint une dermo-réaction chez des porteurs de lymphogranulome et non point chez les individus sains.

On sait du reste déjà que la lymphogranulomatose inguinale, qui n'est pas rare à Berlin, peut se compliquer d'érythème noueux, et qu'on peut le considérer comme traduisant une infection généralisée.

K. a obtenu de bons résultats de l'injection intracutanée de tuberculine (0,25 à 6 milligrammes) dans le traitement de la maladie.

CH. AUDRY.

Reliquat de l'organisation conjonctive de l'accollement physiologique du gland et du prépuce (Restzustand nach bindegewebiger Organisation der physiologischen Vorhaut-Glansverklebung), par C. MONCORPS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 37, 13 septembre 1930, p. 1379, 1 fig.

Chez le fœtus et chez l'enfant, il y a accollement du prépuce au gland. Vers la 3e-5e année, la séparation se fait entre les deux. Quand elle est retardée, il se produit des rétentions épithéliales, de l'inflammation et même une transformation conjonctive entre le prépuce et le gland. Cette transformation, dans quelques cas très rares, s'étend à toute la surface du gland. Il en résulte des difficultés opératoires et aussi une déformation de la surface balanique. M. cite l'observation d'un homme de 28 ans, qui fut opéré à 15 ans. Il y avait accollement du prépuce au gland. Après l'opération, le gland mis à nu a saigné pendant plusieurs jours. Après guérison, la surface balanique est restée balafrée, du sillon balanique au méat, de rigoles atteignant parfois 1 millimètre à 1 mm. 5, irrégulières, disposées dans l'ensemble dans le sens longitudinal. L. CHATELLIER.

L'histamine et ses rapports avec les hormones tissulaires dans la peau (Histamin und seine Beziehung zu den Gewebshormonen in der Haut), par K. HOSOYA, E. SCHIELF et K. WATANABE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 37, 13 septembre 1930, p. 1382.

A côté des hormones glandulaires, il existe des substances chimiques, d'origine tissulaire ou organique, qui ont un rôle comparable aux hormones vraies. Dans la peau, l'hormone tissulaire est surtout représentée par l'histamine, amine de l'histidine ; c'est une substance très active. Son action porte sur tous les muscles lisses et presque toutes

les glandes. L'histamine existe dans la peau, d'où on peut l'extraire par l'alcool. L'extrait présente en effet les propriétés de l'histamine : action sur la musculature intestinale du cobaye, sur la pression artérielle du chien en narcose éthérée. Les auteurs ont trouvé cette substance dans la peau de plusieurs animaux à sang chaud (cobaye, chien, singe, etc.). La peau des animaux à sang froid contient, en outre, une autre substance, encore inconnue, qui a les mêmes propriétés que « l'amor skin ». Cette substance inconnue, asociée à l'histamine, peut être appliquée sur la peau humaine ; elle agit alors sur les vaisseaux qu'elle dilate, assure ainsi une meilleure irrigation sanguine, distend la peau et supprime les rides. Pour Lewis, l'histamine provient des cellules épidermiques vivantes, quand elles sont excitées (rayons ultra-violets) et elle passe dans la circulation générale, lorsqu'elle est produite en grande quantité. L. Chatellier.

Sur la polymorphie du granulome annulaire (Zur Polymorphie des Granuloma annulare), par K. Steiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 38, 20 septembre 1930, p. 1399, 2 fig.

A côté des formes classiques, bien connues, il existe des variétés anormales dont S. donne 3 exemples : un granulome en tumeur de la face antérieure du pouce ; des granulomes en nodules sur le dos d'une main et sur le dos des doigts de l'autre main ; un cas à éléments multiples, disséminés (peau du ventre, des épaules, du bras, des coudes, des cuisses). Il faut éviter de confondre de pareilles variétés avec des nodules goutteux, avec des infiltrats leucémiques, etc. La structure histologique était très caractéristique dans les 3 cas. Il est difficile de déterminer exactement la cause de cette polymorphie ; peut-être tient-elle à la localisation, peut-être à un degré de développement varié ; 2 malades étaient diabétiques. Ch. Audry.

La signification de l'alopécie frontale des adolescents pour l'hérédité (Die Bedeutung der Alopecia frontalis adolescentium in der Dezendenzlehre), par F. von Poo. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 38, 20 septembre 1930, p. 1404.

La transformation habituelle de l'implantation des cheveux chez le jeune homme, à la puberté, doit être considérée comme une idiokinèse physiologique. A la puberté, en ce qui concerne l'implantation des cheveux, les caractères maternels d'abord dominants deviennent récessifs et les caractères paternels dominants, comme le témoigne l'apparition de l'alopécie frontale des jeunes gens, tandis que chez les filles se maintient la disposition initiale. L. Chatellier.

Psoriasis et système endocrine (Psoriasis und endokrines System), par G. Stumpke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1427 2 fig.

Un cas de psoriasis chez un garçon de 11 ans, acromégalique, avec vergetures, hyperidrose et pelade.

Un cas de psoriasis chez une femme de 27 ans, où le psoriasis présenta une explosion après une castration. Ch. Audry.

Condylomes acuminés de la partie caverneuse de l'urèthre masculin (Spitze Kondylome in der Pars cavernosa der männlichen Harnröhre), par Jacobsohn *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1440, 1 fig.

Chez un homme guéri d'une blennorragie, persistance de symptômes urétro-vésicaux : l'endoscopie permet de découvrir une touffe de condylomes à 10 où 12 centimètres du méat. Guérison par le galvanocautère. Ch. Audry.

Sur la pathogénie du psoriasis (Zur Pathogenese der Psoriasis), par S. Cajkovac. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1429, 2 fig.

A propos de diverses observations de pyodermites staphylococciques suivies d'une éruption typique de psoriasis, C. reprend les arguments et conceptions de Samberger qui considère le psoriasis comme une staphylococcie cutanée développée sur un tégument frappé de débilité, héréditaire ou acquise. L'évolution du psoriasis, dans le temps, montre que la peau du psoriasique passe par des périodes de débilité plus ou moins accentuée. Les périodes de grande débilité correspondent aux périodes éruptives parakératosiques. Ce tégument débile est un terrain favorable aux infections microbiennes, à la plus commune surtout, la staphylococcie. Celle-ci détermine, par son action irritante, tantôt l'éruption parakératosique (débilité extrême), tantôt une pyodermite (débilité atténuée). Ainsi s'expliquent la succession des deux manifestations et leur intrication. Enfin l'affaiblissement de la fonction pigmentaire, parallèle à la parakératose, fait également partie des viciations qui constituent le psoriasis. D'où les troubles pigmentaires observés dans l'évolution du psoriasis. C. cite deux observations où pyodermites, psoriaris et dépigmentation sont mêlés. L. Chatellier.

Le sycosis séborréique chronique (Die sycosis seborrhoica chronica), par J. Sellei. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1438, 3 fig.

Sous ce nom, l'auteur a décrit en 1919 une dermatose tenace localisée d'abord au visage, à la barbe, aux cils, aux aisselles, à la poitrine, au pubis, aux cuisses et aux jambes, et enfin à la tête. L'éruption est constituée par des nodules et des pustules, souvent traversés par un poil à gaine épaisse. Il y a toujours une séborrhée intense et grasse. Affection très rebelle. 3 nouveaux cas. L. Chatellier.

Nævus sébacé systématisé avec ptosis concomitant (Systematisierter Nævus sebaceus bei gleichzeitigem Vorhandensein einer Ptosis), par Leven. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1440, 1 fig.

Chez un enfant d'un an, nævus sébacé occupant le sourcil gauche, le dos et l'aile gauche du nez ; sur le pouce gauche et sur la poitrine, lésion semblable et plus petite ; sur le bras, l'avant-bras et l'épaule gauches, rangée de néoformations perlées. En même temps, ptosis congénital incomplet de la paupière gauche. L. CHATELLIER.

Sur l'action externe de l'iode et sur une pommade à l'iode comme pâte à massage (Ueber äusserliche Jodwirkung und eine jodhaltige Salbe als Kosmetikum), par ORLOWSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1442.

L'iode agit surtout sur l'épiderme. Le massage seul provoque des modifications épithéliales : raffermissement de la couche cornée, liaison plus élastique entre le rete et la granuleuse. L'auteur a employé une pommade contenant de l'iode pour des massages prolongés pendant des semaines. Il a constaté, par l'élastomètre et l'histologie, une augmentation de l'élasticité cutanée, un épaississement de l'épiderme dont les cellules sont plus nombreuses et plus colorables qu'à l'état normal, une activité circulatoire plus intense et, partant, une nutrition mieux assurée des cellules épithéliales. L. CHATELLIER.

La question de la provocation dans la blennorragie (Zur Frage der gonorrhoischen Provokation), par J. MAYRH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 39, 27 septembre 1930, p. 1445, 3 fig.

M. apporte les constatations qu'il a faites sur 1.677 blennorragiens et 4.049 femmes atteintes d'uréthrite ou de métrite gonococcique, de 1920 à 1929. La guérison de la blennorragie doit être affirmée après épreuve irritante (les meilleurs procédés pour M. sont l'irritation par le liquide de Lugol ou par le dilatateur de Kollmann) qu'il pratique un mois environ après la première investigation microscopique négative. Chez l'homme, la provocation est efficace dans 12 à 14 o/o des cas ; chez la femme dans 14 à 15 o/o. Les récidives spontanées chez la femme se voient aussi dans 14 o/o des cas ; elles apparaissent en général vers le 27e jour. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur l'action interne de protection et de guérison de la peau (ésophylaxie) (Ueber die nach innen gerichtete Schutz- und Heilkraft der Haut (Esophylaxie), par E. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 3-4, septembre 1930, p. 155.

La peau n'a pas seulement une fonction de protection extérieure (exophylaxie), mais il est certain qu'elle intervient dans la défense interne de l'organisme. C'est ce que H. a appelé l'*ésophylaxie*. Ce rôle de la peau, connu autrefois empiriquement, a trouvé sa confirmation dans les travaux récents. H. passe en revue tous les faits nouveaux, qui démontrent l'action protectrice interne de la peau. Les excitations mécaniques (bains, lumière, massage) font naître dans la peau des

substances actives qui passent ensuite dans la circulation. On sait aujourd'hui que les cellules épidermiques sécrètent une histamine, dont le rôle protecteur est certain. La peau produit une vitamine antirachitique ; elle intervient dans le métabolisme du fer. Ce rôle de défense interne de la peau est encore plus net dans les affections spécifiques. C'est elle, qui, dans nombre de cas, produit les anticorps et l'expérimentation a montré combien son intervention est importante. Cette notion de l'ésophylaxie n'a pas seulement un intérêt théorique, mais elle trouve chaque jour de nouvelles applications pratiques. C'est à la différence des peaux que H. rattache les différences entre la pathologie des diverses races.

L. CHATELLIER.

Sur le traitement de l'acrodermatite atrophiante (Ueber die Behandlung der Acrodermatitis atrophicans), par L. KARRENBERG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 3-4, septembre 1930, p. 166, 3 fig.

On ignore l'étiologie et la pathogénie de l'acrodermatite. Cette ignorance retentit sur le traitement de cette affection. A la période d'atrophie terminale, le traitement est évidemment sans action. C'est au stade d'érythème et d'infiltration que les chances sont les meilleures.

On a essayé l'opothérapie, la sympathectomie, la radiothérapie, la diathermie, les traitements locaux (massage, injections de fibrolysine, de thiosinamine), les injections d'eau salée à 10 o/o, d'hyposulfite de soude, de terpentine, avec des résultats variables, le plus souvent médiocres ou nuls. Voici le traitement auquel K. s'est arrêté : deux fois par jour, sudation artificielle par bains de lumière, en commençant par une température de 100°, pour atteindre 120° ; en même temps, 3 injections d'olobintin (2 centimètres cubes à 4 centimètres cubes 1 fois par semaine), par séries coupées de longs repos (3 à 4 semaines). K. rapporte 3 observations, où l'amélioration fut rapide. La 3e malade présentait une dermatolysie d'Alibert des deux bras.

L. CHATELLIER.

Erythème atypique chez un carcinomateux, localisations aux extrémités, sur la muqueuse buccale et sur les territoires radiothérapiés du tronc (Atypische Erythemeruption bei einem Karcinomkranken mit Lokalisation an der Extremitäten, der Mundschleimhaut und den Bestrahlungsfelder am Stamen), par F. BERNSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 3-4, septembre 1930, p. 196, 3 fig.

Un homme de 62 ans, gastrotomisé pour un cancer de l'œsophage subit, avec de bons résultats immédiats, une cure de radiothérapie profonde massive. 6 semaines plus tard, érythème fébrile occupant les extrémités, pieds et mains, la lèvre inférieure, les gencives, indépendamment de lésions semblables de la zone irradiée. Guérison en 3 semaines, ne laissant de la pigmentation qu'au niveau des zones irradiées. B. élimine les autres diagnostics, rappelle et cite un grand nombre de travaux antérieurs mettant en évidence l'action sensibili-

santé de la radiothérapie et de l'ultra-violet en présence d'irritants variés d'origine interne ou externe. B. admet que dans le cas présent, les accidents s'expliquent par l'action des rayons X sur les capillaires.

Ch. Audry.

L'Ionophorèse dans les complications de la blennorragie masculine (Die Ionophorese bei Komplikationen der männlichen Gonorrhee), par Beirach, Langermann et Chorosch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 3-4, septembre 1930, p. 208.

L'ionophorèse donne de bons résultats dans le traitement des complications chroniques de la blennorragie, surtout de la prostatite et de la spermatocystite. Dans les complications aiguës, elle provoque une exacerbation. Dans les cas de complications anciennes, jointe aux autres méthodes (diathermie, etc.) elle peut être utile, etc.

Ch. Audry.

Sur les complications rares de la blennorragie (Ueber seltene gonorrhoische Komplikationen), par R. Geiger. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 3-4, septembre 1930, p. 223, 1 fig.

Au 14e jour d'une blennorragie, apparaissent chez un jeune homme, une lymphite dorsale, puis deux abcès du prépuce et une adénopathie inguinale qui se ramollit rapidement. Les abcès du prépuce sont vidés ; le pus ne contient que du staphylocoque doré. Le ganglion est ponctionné ; l'examen direct et la culture décèlent du gonocoque pur.

L. Chatellier.

Klinische Wochenschrift (Berlin).

Démonstration du siège cellulaire de l'allergie dans l'exanthème fixe de l'antipyrine (Nachweis des zellulären Sitzes der Allergie beim fixen Antipyrinexanthem), par Nægeli, de Quervain et Stalder. *Klinische Wochenschrift*, t. IX, no 20, d'après l'analyse de *Zentralblatt für innere Medizin*, 51e année, no 38, 20 septembre 1930, p. 758.

En remplaçant une portion saine d'épiderme par une portion à réaction pathologique, on constate qu'une région de la peau du ventre, atteinte dès le début de l'affection et réagissant précocement et vivement, ne présente aucun phénomène inflammatoire après l'ablation de l'épiderme sensible et son remplacement par l'épiderme sain prélevé de l'autre côté du bas-ventre. On trouve à la périphérie du lambeau greffé une bande pigmentée qui montre qu'il ne s'agit pas d'un simple hasard et que cette place n'est pas épargnée pour des raisons inconnues. La partie, d'où provenait le lambeau sain, s'est transformée en région sensible par l'implantation d'un lambeau épidermique sensible prélevé du côté opposé. L'absorption de 0 gr. 10 d'antipyrine détermine à ce niveau une réaction inflammatoire qui, au bout de 48 heures, s'apaise progressivement.

Un fragment cutané de la cuisse droite, qui avait été jusqu'alors

épargné par l'exanthème, est dépouillé de son épiderme. Après épidermisation spontanée, l'administration d'antipyrine *per os* y détermine une rougeur légère, qui dura 24 heures.

Deux placards érythémateux fixes de la cuisse droite sont dépouillés de leur épiderme. Après cicatrisation, la réaction à l'antipyrine est nettement diminuée.

Sur la cuisse gauche, de deux cicatrices, l'une réagit ; l'autre, pas.

Des fragments d'épiderme, prélevés au niveau d'une zone enflammée, plongés dans une solution à 10 o/o d'antipyrine pendant 24 heures, montrent des altérations histologiques avancées avec relâchement des filaments unitifs et formation de bulles.

A titre de contrôle, le même épiderme malade, plongé dans l'eau salée et dans l'alcool à 7 o/o, ne laisse voir aucune lésion. Le contrôle avec l'épiderme sain donne des résultats négatifs.

L. Chatellier.

Sur l'allergie de la peau à l'iode dans les dermatoses bulleuses (Ueber Jodallergie der Haut bei blasenbildenden Hauterkrankungen), par Kæte Jaffé. *Klinische Wochenschrift*, t. IX, n° 20, d'après l'analyse de *Zentralblat für innere Medizin*, 51e année, n° 38, 20 septembre 1930, p. 758.

A propos de 3 cas, où le diagnostic hésitait entre pemphigus et dermatite polymorphe et qui présentaient une hypersensibilité à l'iodure de potassium, l'auteur a fait des recherches sur la sensibilité à l'iode. La réaction cutanée manque, quand on ajoute à la pommade iodurée de l'hyposulfite de soude. Ce corps retient l'iode libéré par la décomposition spontanée de l'iodure ; l'action irritante de l'iodure ne peut donc se produire que par l'iode naissant, et non par l'iodide.

La réaction cutanée provoquée par l'absorption de KI est supprimée par l'injection intraveineuse d'hyposulfite, plus lentement par l'injection intramusculaire. L'absorption simultanée d'iodure et d'hyposulfite *per os* et intraveineux empêche l'action irritante de l'iode sur la peau.

L. Chatellier.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Un cas de syringomyélie avec alopécie segmentaire unilatérale (Ein Fall von Syringomyélie mit einseitiger segmentaler Alopécie), par W. Winkler. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, n° 36, 4 septembre 1930, p. 1113, 2 fig.

Observation d'une syringomyélie avec troubles trophiques de l'extrémité supérieure droite. Chez ce malade, on constate aussi l'absence de poils sur le côté droit de la poitrine. Il ne s'agit vraisemblablement pas d'une chute des poils, mais d'une absence congénitale des poils à ce niveau. Cette malformation est due aux altérations spinales unilatérales qui existaient déjà au moment du développement des poils.

L. Chatellier.

Y-a-t-il une syphilis hématogène d'emblée ? (Gibt es eine hämatogen entstandene Syphilis), par H. Kœnigstein. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, no 39, 25 septembre 1930, p. 1208.

Nombre de syphilis paraissent n'avoir pas commencé par un chancre. Avant d'admettre une infection hématogène, il convient de se rappeler que le chancre peut passer inaperçu, soit grâce à son siège profond, soit par un examen insuffisant. On sait en outre que les muqueuses uréthrale et cervicale peuvent receler des spirochètes sans lésions apparentes. Mais il n'est pas douteux que la syphilis d'emblée hématogène existe : à la suite d'une transfusion sanguine par exemple. Du reste, la syphilis héréditaire nous offre un exemple d'infection hématogène et son évolution nous donne des renseignements sur l'évolution des syphilis hématogènes d'emblée, à condition de tenir compte que, chez l'enfant, l'infection se développe sur un organisme en voie de formation. La syphilis expérimentale confirme l'existence de la syphilis hématogène et en fait mieux comprendre les caractères.

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (London).

Les champignons des Blastomycoses de l'Amérique du Nord : leur pluralité d'espèces (The fungi found in north american blastomycosis : their plurality of species), par Castellani. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nos 502-503, août-septembre 1930, p. 365.

Les blastomycoses observées en Amérique du Nord sont causées par différentes espèces qui peuvent être facilement différenciées en utilisant la gélose, le mannitol, la gélatine et le sérum. Au point de vue botanique, la dénomination de *Blastomyces* ne peut être maintenue et C. propose de la remplacer par celle de *Blastomicoïdes*.

Quatre espèces de *Blastomicoïdes* sont observées dans l'Amérique du Nord :

le *B. immitis* (synonymes : *Coccidioides pyogenes* de Rixford et Gilchrist, *Oidium coccidioides, O. protozoïdes, O. immitis, O. pyogenes, Mycoderma immitis*) qui produit sur gélose au mannitol à 1 o/o une coloration noire ou brun-noir et liquéfie le sérum et la gélatine très rapidement, en 3 jours ;

le *B. dermatitidis* (Gilchrist et Stokes 1898, syn. : *Oidium dermatitidis, Cryptococcus Gilchristi, Zymonema Gilchristi* de de Beurmann et Gougerot, *Mycoderma Gilchristi*) qui ne produit pas de pigmentation noire sur gélose au mannitol et liquéfie la gélatine et le sérum moins rapidement que le *B. immitis*, en 8 jours ;

le *B. tulanensis* (Castellani 1926) ne produit pas de pigmentation sur gélose au mannitol, donne des cultures d'un blanc crémeux à surface cotonneuse, ne liquéfie pas la gélatine et le sérum pendant les 15 jours qui suivent l'ensemencement ; ultérieurement, la liquéfaction se produit très lentement ;

le *B. lanoginosus* (Castellani 1930) ne donne aucune pigmentation sur gélose au mannitol, sa culture est blanche ou blanc-jaunâtre avec apparence laineuse spéciale ; il liquéfie la gélatine et le sérum assez rapidement, en 8 jours au plus. S. Fernet.

Télangiectasies éruptives maculeuses persistantes (Telangiectasia macularis eruptive perstans), par Parkes Weber et Hellenschmied. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nos 502-503, août-septembre 1930, p. 374, 3 fig.

Il s'agit d'une femme de 60 ans, obèse, atteinte d'un ulcère du duodénum, dont l'éruption date de 20 ans. Le tronc et les membres sont parsemés de taches rouges ayant de 2 à 6 millimètres de diamètre, plus ou moins circulaires, à bords estompés, à peine ou non surélevées, quelquefois confluentes. La rougeur de ces taches disparaît totalement par la compression ; une très légère pigmentation est alors constatée. Au niveau de quelques lésions la peau est légèrement atrophiée ou fripée ; il n'y a ni desquamation, ni prurit, ni purpura. Malgré la congestion capillaire, on ne distingue à l'œil nu aucun vaisseau dilaté ; à la face uniquement, il existe des télangiectasies couperosiques banales. Lymphocytose à 55 o/o. Wassermann et Meinicke négatifs.

Ce cas rentre dans le groupe des télangiectasies généralisées non congénitales ou télangiectasies essentielles en plaques dont les rares cas publiés paraissent très différents les uns des autres tant au point de vue de leur distribution que des conditions étiologiques. Il ne semble pas que la syphilis puisse être incriminée dans tous les cas.

S. Fernet.

La valeur thérapeutique des composés d'or (The therapeutic value of gold compounds : Sanocrysin, Krysolgan, etc.), par Roxburgh et Corsi. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nos 502-503, août-septembre 1930, p. 382.

Sur 35 cas de lupus érythémateux traités par la sanocrysine ou le krysolgan, R. et C. notent 8 guérisons temporaires, 6 améliorations notables, 9 améliorations définitives, 2 améliorations légères, 5 cas inchangés, 5 aggravés. Aucun traitement local n'a été appliqué. Des réactions toxiques se sont produites dans 6 o/o des cas ; elles étaient toutes passagères et, en général, de peu de gravité sauf un cas d'érythrodermie et deux cas de poussée aiguë avec extension du lupus. Dans un cas on a observé une stomatite à la 9e injection de sanocrysine. La médication par l'or ne paraît pas agir différemment sur les lupus avec réactions tuberculiniques positives que sur les lupus avec réactions négatives. La sanocrysine, qui est employée à doses plus élevées que le krysolgan, paraît de ce fait être plus active et plus toxique.

S. Fernet.

Boletin del Instituto de Medicina experimental para elestudio y tratamiento del cancer (Buenos-Aires).

Cancer post-traumatique (Cancer post-traumatico), par A. H. Roffo. *Boletin del Instituto de Medicina experimenta para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 23, mars 1930, p. 204.

R. passe en revue les considérations médico-légales de divers auteurs et conclut que, si la nature post-traumatique d'un cancer ne peut être établie avec toute la rigueur désirable, la modalité de son évolution clinique présente souvent de sérieux arguments de probabilité.

Il convient de déterminer le rôle souvent important du terrain biologique sur lequel la néoplasie prend naissance à la suite d'un traumatisme unique ou d'irritations répétées.

Trois éventualités sont possibles :

1° Le traumatisme est la cause occasionnelle du cancer. Cette condition est très discutée et donne lieu à de nombreuses erreurs d'interprétation.

2° Le traumatisme agit en révélant l'existence d'une néoformation maligne. C'est le cas le plus fréquent.

3° Le traumatisme intervient comme cause aggravante d'une tumeur en cours de développement. J. Margarot.

Revista medica del Rosario.

Maladie de Durand, Nicolas et Favre (Enfermedad de Durand, Nicolas y Favre), par Cayetano Rodriguez Hertz. *Revista medica del Rosario*, 20e année, no 7, juillet 1930, p. 304.

Se basant sur l'évolution heureuse d'un cas de poradénite inguinale subaiguë, H. conclut que l'on doit commencer le traitement par le tartre stibié et, dans les formes rebelles, employer ensuite le sulfate de cuivre ammoniacal, soit seul, soit en le faisant alterner avec le premier médicament. J. Margarot.

Bruxelles Médical.

La douche filiforme, par A. et G. Alechinski. *Bruxelles Médical*, 10e année, no 45, 7 septembre 1930, p. 1226.

La méthode du Dr Veyrières rend de nombreux services aux dermatologistes ; « curette intelligente », disait l'auteur, elle s'attaque électivement aux tissus malades, respectant les tissus sains. Les auteurs ont réalisé un appareil qui permet l'application facile de cette douche filiforme. H. Rabeau.

Hypersensibilité aux arsénobenzènes, érythrodermies vésiculo-œdémateuses, intradermo-réactions, par José Puente et L. A. Cordivido. *Bruxelles Médical*, 10e année, no 47, 21 septembre 1930, p. 1266.

Ayant eu l'occasion d'observer un certain nombre d'érythrodermies arsenicales, en particulier des érythrodermies vésiculeuses, les auteurs pensent que les dermites arsénobenzoliques tardives, et par extension celles provoquées par d'autres produits, sont des lésions allergiques. Chez les malades ayant eu une érythrodermie par le 914, l'intradermo-réaction provoque une plaque érythémato-vésiculeuse ayant les caractères de la lésion antérieure : une véritable « érythrodermie en miniature ». Cette plaque d'érythrodermie en miniature est un nouveau cas du phénomène d'Arthus. Expérimentalement, Sulzberger a réussi chez le cobaye à éviter ces phénomènes de sensibilité, en pratiquant 24 heures avant l'injection intraveineuse de néosalvarsan, une injection intracutanée du même produit. L'application de cette méthode n'a pas été faite à l'homme. H. Rabeau.

Curiethérapie sous-cutanée du lupus, par Behaegel (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, 10e année, no 47, 21 septembre 1930, p. 1278.

Peu de dermatologistes ont à leur disposition un institut de Finsenthérapie, et la plupart des malades ne disposent pas du temps suffisant pour se soumettre à cette méthode dont les résultats esthétiques sont remarquables. Dans un certain nombre de cas les foyers lupiques sont trop profonds pour être accessibles à la lampe à compression. Placé dans l'hypoderme au moyen d'aiguilles du type de celles du Pr Regaud, le radium constitue un moyen radical et expéditif pour guérir le lupus nodulaire. Les cicatrices obtenues sont bonnes. H. Rabeau.

Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia (Rio-de-Janeiro).

L'érythème polymorphe dans la lèpre (O erythema polymorpho na lepra), par Aguiar Pupo. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphiliographia*, 6e année, no 3, juillet-septembre 1930, p. 97.

L'érythème exsudatif multiforme a été rencontré dans la lèpre pour la première fois par Leloir en France et par Lutz au Brésil.

Sur un total de 585 lépreux, P. l'a observé neuf fois sous la forme d'un syndrome primitif et dix-sept fois au cours de l'évolution d'une lèpre confirmée (4 cas de lèpre mixte et 13 cas de lèpre nerveuse).

Dans le premier groupe de faits, le diagnostic de lèpre dissimulée peut être établi par la mise en évidence du bacille de Hansen dans les lésions. J. Margarot.

Observation d'un cas de mycosis fongoïde (Observação de un caso de mycose fungoide), par Arminio Fraga. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 6e année, no 3, juillet-septembre 1930, p. 107, 2 fig.

Relation anatomo-clinique d'un cas de mycosis fongoïde. L'inoculation à des cobayes de petits fragments de tumeur provoque chez l'un d'eux un abcès, dont le pus renferme des staphylocoques et qui paraît banal. J. Margarot.

Maladie de Nicolas-Favre (Molestia de Nicolas-Favre), par J. C. Nogueira Penido. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 6e année, no 3, juillet-septembre 1930, p. 113, 3 fig.

L'intérêt de ce cas tient à l'observation d'une lésion primitive typique, véritable chancre, de base indurée, dans lequel on n'a pu mettre en évidence ni le tréponème, ni le bacille de Ducrey.

La réaction de Frei était positive ; celle de Wassermann s'est montrée constamment négative. J. Margarot.

Chancre mixte. Sa fréquence dans la ville de Rio-de-Janeiro de 1924 à 1928. Histoire. Fréquence. Diagnostic. Prophylaxie de la syphilis dans le chancre simple ou ulcère de Ducrey. Mémoire présenté au Xe Congrès Brésilien de Médecine. Section de Dermato-Syphiligraphie (Cancro mixto, sua frequencia na cidade de Rio de Janeiro, 1924 à 1928. Historico. Frequencia. Diagnostica. Prophylaxia da syphilis no cancro simples ou ulcera de Ducrey. Memoria apresentada ao Xe congresso brasileiro de Medicina. Seccao de Dermato-Syphilographia), par Ruy Gomes. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 6e année, no 3, juillet-septembre 1930, p. 119.

De 1924 à 1928, la proportion des chancres mixtes observés par l'auteur à Rio de Janeiro a été de 20,6 o/o par rapport au nombre des chancrelles et de 17,6 o/o par rapport au nombre total des chancres (mous ou indurés).

Une surveillance clinique, microscopique et sérologique d'une durée minima de quatre-vingt-dix jours permet en général de résoudre les difficultés du diagnostic. Cette règle de conduite, bien appliquée, est préférable à l'institution d'un traitement préventif sur un simple soupçon. J. Margarot.

Conférence pénale et pénitentiaire brésilienne. La lutte antivénérienne et antiparasitaire en présence du problème pénitentiaire (Conferencia penal e penitenciara brasileira. Do combate a'syphilis e a'verminose em face do problema penitenciario), par Henrique Castrioto. *Annaes Brasileiros de Dermatologia e Syphilographia*, 6e année, no 3, juillet-septembre 1930, p. 144.

Il doit exister dans les prisons un service obligatoire de diagnostic et de traitement de la syphilis et des affections parasitaires.

Les statistiques montrent que depuis le fonctionnement de ce service les détenus encourent beaucoup moins souvent des peines disciplinaires et ont un rendement supérieur en ce qui concerne leur travail.

J. Margarot.

Revista medico-cirurgica do Brasil (Rio-de-Janeiro).

Cultures de la piedra brésilienne (Culturas da piedra brasileira), par Pereira Filho. *Revista medico-cirurgica do Brasil*, 38e année, no 2, février 1930, 19 fig.

La culture des champignons pathogènes de la Piedra du Sud du Brésil met en évidence une espèce différente de la *Piedraia hortaï*, décrite par Brumpt en 1913.

Sa croissance est plus rapide dans les milieux de Sabouraud. Les cultures sont blanches, crémeuses, puis noires, fuligineuses, sans éclat, tandis que celles de la *Piedraia hortaï* sont verdâtres avec de légers tons rouges et prennent ensuite des nuances noir grisâtre. Elles sont faciles à détacher, les autres sont très adhérentes. Le premier champignon pousse lentement et mal sur pomme de terre, alors que le second se développe facilement sur ce milieu.

L'auteur propose de donner à cette nouvelle espèce le nom du professeur Sarmento (*Piedraia sarmentoi*). J. Margarot.

Les chromoblastomycoses (As chromoblastomycoses), par Olympio da Fonseca, Filho. *Revista medico-cirurgica do Brasil*, 38e année, no 6, juin 1930, p. 197.

Sous les tropiques et plus particulièrement dans la région de l'Amazone, certaines dermatoses verruqueuses, ayant pour siège habituel les membres inférieurs, ont été longtemps rattachées à la leishmaniose et désignées sous le nom d'espundia.

Il s'agit le plus souvent de blastomycoses. Les auteurs les distinguent sous le nom de chromoblastomycoses à cause de la coloration des germes mycéliens. Le groupe comprend :

1° Un cas unique observé par Medlar et Lane et dû au *Phialophora verrucosa* (Thaxter 1915).

2° Des chromoblastomycoses causées par l'*Acrotheca pedrosoi* (Brumpt 1921 ; Fonseca et Leão 1929).

3° Des chromoblastomycoses produites par des champignons non identifiés. J. Margarot.

Le genre Trichosporon. Trichosporoses ou trychomycoses noueuses, piedra européenne, piedra asiatique et piedra américaine (O genero trichosporon Trichosporoses ou trichomycoses nodosas, piedra europea, piedra asiatica e piedra americana), par Olympio da Fonseca, Filho. *Revista medico-cirurgica do Brasil*, 38e année, no 7, juillet 1930, p. 251.

Les champignons du genre *trichosporon* donnent lieu à des formations nodulaires de coloration et de consistance variables, siégeant sur les poils et connus sous le nom de trichomycoses noueuses, de teigne noueuse ou de *piedra*.

F. passe en revue les diverses espèces pathogènes et étudie au double point de vue pathologique et clinique les divers *trichosporon* (*Beigeli, equinum, Foxi, giganteum*, glycophile, *Krusi*, ovale, ovoïde).

J. Margarot.

Le genre Madurella et les mycétomes produits par les espèces qu'il renferme (O genero Madurella e os mycetomas produzidos pelas especies nelle contidas), par Olympio da Fonseca, Filho. *Revista medico-cirurgica do Brasil*, 38e année, no 7, juillet 1930, p. 261.

Étude des caractères botaniques et de l'action pathogène des diverses espèces du genre *Madurella* (*M. americana, bovoi, mycetomi, oswaldoi, ramiroi, tabarkæ, tozeuri*). J. MARGAROT.

Affinités parasitologiques et cliniques entre le Tokelau de l'Asie et de l'Océanie et le Chimbéré des indigènes de Matto-Grosso (Affinidades parasitologicas e clinicas entre e tokelau da Asia e da Oceania e chimbêrê dos indigenas de Matto Grosso), par OLYMPIO DA FONSECA, FILHO. *Revista medico-cirurgica do Brasil*, 38e année, no 8, août 1930, p. 281.

Les lésions du Chimbéré consistent en de grandes plaques circinées, confluentes, fortement squameuses, prurigineuses et accompagnées d'achromie. L'examen microscopique des squames montre un champignon du genre endermophyton de Castellani.

Tokelau et Chimbéré représentent les deux types cliniques principaux du groupe nosologique des endodermophyties. L'un et l'autre ont une distribution géographique bien définie. Le premier a pour origine les pays habités par les peuples de race malaise. Le second est strictement limité à des groupements d'Indiens sauvages, séparés du contact de la civilisation et habitant des régions très éloignées les unes des autres.

F. suppose que le parasite a été introduit au Brésil à l'époque précolombienne par des émigrants malais, venus des îles de l'Océanie et dont les Indiens américains sont vraisemblablement les descendants.

J. MARGAROT.

Bulletin Médical de Québec.

Trichophytie folliculaire. Anatomie pathologique, par RAYMOND PAQUIN. *Bulletin Médical de Québec*, 31e année, no 4, avril 1930, pp. 127-130.

Observation d'une lésion à type de kérion du cuir chevelu chez un enfant de douze ans développée en quinze jours, guérie en trois semaines par l'iode à l'extérieur et à l'intérieur. Le point intéressant est que l'examen histologique d'une biopsie fut suivi du diagnostic de tuberculose au laboratoire d'anatomie pathologique.

A. BOCAGE.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Syphilis et mortalité infantile (Sifilis y mortalidad infantil), par S. NOGUER MORE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 59, août 1930, p. 661.

Alors que tous les médecins proclament l'importance de la syphilis comme facteur de mortalité infantile, les services officiels de statistique n'en font pour ainsi dire pas mention. Elle est masquée par des étiquettes diverses, telles qu'athrepsie, débilité congénitale, etc...

Les archives des grands services hospitaliers fournissent heureusement des données plus exactes.

De nombreux faits recueillis au Dispensaire du D[r] Nubiola, à la Maternité de Barcelone et à sa consultation personnelle, mettent en évidence le pourcentage élevé des fœtus tués *in utero*. D'autre part, sur 100 hérédo-syphilitiques vivants, 34 à 38 meurent avant 6 mois ; 12 à 20 succombent de 6 mois à 1 an ; 12 à 13 avant 5 ans ; 18 à 33 seulement dépassent la 5e année. La même notion se dégage des statistiques de Dexeus, du travail de Buxo et des conclusions formulées par Spillmann.

M. étudie ensuite les signes de l'hérédo-syphilis et ceux des syphilis de seconde génération (avortements en série, naissances prématurées, hydramnios, hypertrophie placentaire, grossesses gémellaires univitellines, monstruosités, mort rapide des inaptes à la vie, développement défectueux, vomissements habituels, athrepsie, hypertrophie du foie et de la rate, melæna, albuminuries massives, convulsions, paralysies, etc.).

Il passe en revue les nombreux stigmates révélateurs et fait remarquer que ni un Wassermann négatif, ni un traitement spécifique sans résultat, ne permettent de nier l'existence d'une hérédo-syphilis.

La prophylaxie de la syphilis infantile comprend trois grands chapitres : la stérilisation des générateurs avant la première procréation, le traitement de la mère pendant la gestation, et le traitement de l'enfant après sa naissance.

Dans ce dernier cas l'arsenic constitue le médicament de choix des formes efflorescentes. Il peut être employé concurremment avec le mercure et le bismuth dans les syphilis monosymptomatiques viscérales et larvées. Le mercure en frictions est excellent dans la maladie de Parrot. En frictions encore ou sous forme de lactate, il est indiqué dans les méiopragies des glandes digestives.

Le traitement d'un hérédo-syphilitique doit être poursuivi au moins pendant quatre ans. J. Margarot.

La Pediatria Espanola (Madrid).

Stigmates cicatriciels de la syphilis congénitale. Note clinique (Estigmas cicatriciales de la sifilis congenita. Nota clinica), par J. Velasco Pajares. *La Pediatria Española*, 19e année, n° 214, juillet 1930, p. 202, 2 fig.

Les cicatrices radiées péribuccales répondent à des lésions spécifiques des premiers mois de la vie. On ne les trouve que chez les sujets non traités en temps opportun.

L'observation d'une enfant de 12 ans, présentant une fissuration cicatricielle radiée des lèvres, due à des lésions syphilitiques anciennes méconnues, souligne la possibilité de la guérison spontanée, temporaire ou définitive, d'une syphilis héréditaire. J. Margarot.

Revista Clinica de Bilbao.

Contribution à l'étude de la « dermatose pigmentaire progressive » (Maladie de Schamberg) (Contribucion al estudio de la « Dermatosis pigmentaria progresiva ») (Enfermedad de Schamberg), par José Salaverri Aranguren. Thèse de Doctorat en Médecine publiée dans la *Revista Clinica de Bilbao*, mai 1930, 25 fig.

Trois observations personnelles, rapprochées des documents bibliographiques antérieurs, permettent à l'auteur de considérer la maladie de Schamberg comme une entité morbide indépendante.

Les lésions élémentaires initiales sont constituées par de petites taches semblables à de la poudre de piment et répondent à des pétéchies. Elles ne s'accompagnent d'aucune espèce de symptômes subjectifs.

Les altérations histologiques consistent essentiellement en une infiltration des couches profondes de la peau, diffuse ou limitée, et surtout marquée autour des glandes sudoripares.

Dans les éléments éruptifs récents, les papilles subsistent. On trouve une grande quantité d'hémosidérine et presque pas de mélanine.

Dans les éléments anciens les papilles ont disparu, l'hémosidérine est peu abondante.

Les lésions vasculaires sont peu intenses.

L'altération des capillaires, la présence d'hématies, etc., dans l'infiltrat, permettent de considérer la maladie de Schamberg comme une forme de diathèse hémorragique très atténuée.

J. Margarot.

Dermatofibrosarcomes (Dermatofibrosarcomas), par J. Salaverri. *Revista clinica de Bilbao*, août 1930, 2 fig.

Quarante cas de Dermatofibrosarcomes ont été publiés depuis la description de Darier et Ferrand. S. apporte la première observation espagnole de cette dermatose.

Chez un homme de 26 ans se développe, à la partie supérieure du dos, une tumeur cutanée légèrement douloureuse. Elle est rouge et multilobée, avec des dépressions et des élevures, mais ne présente aucune érosion.

L'examen histologique met en évidence une hyperplasie du tissu conjonctif avec des cellules fusiformes, des vaisseaux nombreux et sans parois propres. L'épiderme est normal.

S. discute à l'occasion de ce cas l'opinion de Mosto, pour qui les néoplasies de ce genre seraient constituées par de la névroglie pure et secondairement par un tissu conjonctif très vascularisé, avec certains capillaires entourés d'une enveloppe collagène. Il s'agirait de « Dermatoneuromes ».

L'auteur estime avec Darier que les arguments invoqués en faveur de cette interprétation ne sont pas convaincants. Le cas actuel répond

bien à un Dermatofibrosarcome. Cette dénomination est celle qui convient le mieux à ces fibromes cutanés évoluant vers le sarcome.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

L'hypersensibilité à la trichophytine démontrée par la réaction de contact (Trichophytin hypersensitiveness demonstrated by contact test), par Sulzberger et Lewis. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 3, septembre 1930, p. 410.

On a émis dernièrement l'hypothèse que certaines éruptions eczématiformes ou dysidrosiformes des mains, évoluant chez des sujets porteurs d'épidermomycoses des pieds, étaient des dermatophitides, autrement dit des éruptions toxiniques résultant de la dissémination des champignons ou de leurs produits. On cite à l'appui de cette opinion les faits suivants : les lésions des mains sont souvent stériles, les malades porteurs de ces doubles lésions présentent toujours des réactions allergiques aux injections de trichophytine ; les lésions des mains apparaissent après celles des pieds et disparaissent lorsque ceux-ci sont guéris ; la culture du sang a permis dans un cas (Peck) de constater la présence de champignons dans la circulation.

Si les lésions des mains résultent effectivement de l'action des mycoproduits, les lésions du même type doivent se produire au contact de la trichophytine. C'est précisément l'objet des expériences de S. et L. qui ont consisté en applications de compresses imbibées de trichophytine sur la peau saine de divers individus. Les premières constatations ont été les suivantes :

La peau d'un certain nombre de sujets réagit à l'application locale de trichophytine par une éruption eczématiforme avec spongiose et vésicules intra-épidermiques typiques. Cette réaction est très fréquente chez les personnes qui sont ou qui ont été atteintes d'épidermomycose tandis qu'elle est très rare chez les sujets qui en sont indemnes. Les différentes régions du corps réagissent différemment chez un même sujet, mais les mains ne paraissent pas réagir plus fréquemment et être douées d'une sensibilité particulière. L'éruption peut n'apparaître que très tardivement, par exemple 14 jours seulement après l'application de trichophytine. L'éruption persiste longtemps, souvent quelques semaines avec des rémissions et des recrudescences. La réaction est souvent du type folliculaire.

Il ne peut donc plus y avoir de doute que les champignons ou leurs produits peuvent donner lieu à des éruptions eczématiformes ou dysidrosiformes par simple contact chez des sujets sensibilisés.

S. Fernet.

Hémangiome caverneux et traumatisme (Cavernous hemangioma and trauma), par Downing et Mallory. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 3, spetembre 1930, p. 414, 5 fig.

Observation d'un cas d'hémangiome tubéreux multiple de la face et du cou chez un homme de 35 ans survenu trois mois après un traumatisme avec plaies consécutives. Les auteurs pensent que, dans les cas de ce genre, il se produit une communication artério-veineuse qui entraîne une augmentation de pression dans les vaisseaux voisins, provoque leur dilatation et favorise la production de néoformations vasculaires. S. FERNET.

L'élimination clinique du Bismuth (Clinical excretion of Bismuth), par HANZLIK, MEHRTENS, MARSHALL, WATSON et SPAULDING. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, no 3, septembre 1930, p. 483.

Étude de l'élimination urinaire et fécale de 56 produits bismuthiques divers. Il résulte de l'ensemble des dosages qui ont été effectués que l'élimination du bismuth est, d'une façon générale, lente, irrégulière, prolongée et incomplète. Elle varie considérablement suivant les sujets ; dans la majorité des cas sa durée, après quelques injections, est d'au moins 3 mois, ce qui concorde avec les données fournies par les radiographies. Les quantités de bismuth éliminées quotidiennement sont variables suivant les sujets ; le degré d'imprégnation de l'organisme ne dépend donc pas autant des doses injectées que des facteurs individuels. En général, l'élimination journalière atteint son maximum entre le 6e et le 28e jour. L'organisme élimine par les urines environ 8 fois plus de bismuth que par les matières. Chez les individus dont l'élimination urinaire est faible, on ne constate pas d'augmentation proportionnelle de l'élimination fécale ; dans ces cas le bismuth retenu dans l'organisme s'élimine pendant des mois sous forme de traces.

S. FERNET.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia.

Altérations de la nutrition cellulaire et dermopathies, par F. MACCARI et E. CIAMBELLOTTI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. V, fasc. 7, juin 1930, p. 611.

Dans ce copieux Mémoire de 100 pages, un peu trop long de l'avis même de ses auteurs, ceux-ci exposent les résultats qu'ils ont obtenus dans une série de recherches dont le but était le suivant :

A côté des syndromes morbides dus à une perturbation de la fonction spéciale dévolue à un organisme déterminé, il en existe d'autres, qui sont dus à des perturbations de la vie cellulaire des éléments anatomiques qui composent ces organes, de la vie propre de ces éléments. Dans ce cas il s'agit plutôt de troubles *statiques* que de troubles *dynamiques*.

Chaque cellule vit pour elle-même et pour l'édifice complexe dont elle est une pierre, et quand la cellule souffre, il est compréhensible que tout l'organisme s'en ressente parce que des produits anormaux pénètrent dans la circulation.

Les auteurs rappellent les deux théories par lesquelles on explique les oxydations intracellulaires : *théorie de l'activation de l'oxygène* et la *théorie de la déshydrogénisation* ; il a été également bien établi que ces phénomènes d'oxydation ont lieu dans l'intimité des tissus et non dans le sang. D'autre part, les conceptions dermatologiques de la période contemporaine ont mis en relief les liens étroits, les vastes et variées corrélations fonctionnelles qui unissent la peau à l'ensemble de l'organisme. On peut donc logiquement admettre que certains accidents pathologiques cutanés sont la conséquence indirecte d'une diminution de la respiration cellulaire.

M. et C ont donc entrepris des recherches basées sur le critère « ex juvantibus », c'est-à-dire que le plan de ces recherches était d'exercer une influence sur le métabolisme cellulaire et d'observer les conséquences qui en résultaient dans l'évolution des dermatoses.

Ils se sont adressés dans ce but à un produit spécialisé sous le nom *d'Oxydol*, qui est une solution à 1 o/o du sel sodique de l'acide di-thiopentadioïque (formule : $C^{10}H^{17}S^{4}O^{12}PhN^{6}$). Ils en étudient les caractères organoleptiques, rapportent les expériences qui en démontrent l'action oxydante, l'action physiologique qui permet de la considérer comme agissant dans l'intimité des tissus à la manière d'une oxygénase, cette propriété paraissant due spécialement à ses quatre atomes de soufre.

Après une série d'expériences sur les animaux, qui ont démontré la parfaite innocuité de ce produit, même en injections intraveineuses, une série de recherches biologiques a été instituée chez l'homme. L'action de l'Oxydol a été étudiée d'abord sur le quotient respiratoire et le métabolisme basal ; on a vu ce dernier être ramené à la normale chez un sujet qui présentait une diminution due à un état arthritico-uricémique ; dans un autre cas, où cette diminution résultait d'un hypofonctionnement thyroïdien, son action a été nulle.

Sous l'influence du médicament, on a constaté aussi une augmentation de la réaction alcaline, ce qui est encore une confirmation de l'accélération des combustions organiques. La glycémie se trouve abaissée lorsqu'elle est à un taux supérieur à la normale. L'uricémie subit sous l'influence de l'Oxydol une première phase d'augmentation, qui est due vraisemblablement à une accélération de la transformation des produits de désintégration intermédiaires, à laquelle succède une phase de diminution de l'acide urique par accélération des excrétions.

Cette étude est complétée par des recherches où sont étudiées l'action sur la crase sanguine, sur le cœur, sur la pression artérielle, sur le système nerveux végétatif, enfin l'action topique de l'Oxydol sur les plaies.

L'ensemble de ces recherches ayant démontré nettement que, au moyen de l'Oxydol, on pouvait obtenir une modification profonde de la nutrition cellulaire dans le sens d'une augmentation des oxydations

intracellulaires avec réduction des produits métaboliques intermédiaires, il restait à faire de cette notion des applications cliniques.

Un certain nombre de sujets, atteints de dermatoses diverses, attribuées de l'avis général à des troubles de la nutrition générale, ont été traités par l'Oxydol en injections intraveineuses. Six observations sont ainsi rapportées par les auteurs, observations très détaillées qui ne sauraient se résumer.

Mais voici quels ont été les résultats d'ensemble de ces recherches cliniques : action sur l'état général immédiate ; sentiment d'euphorie, reprise de l'énergie physique et psychique, augmentation de l'appétit, etc... ; action sur les échanges démontrée par une augmentation rapide du quotient respiratoire et du métabolisme basal, diminution de la glycémie, augmentation d'abord, puis diminution de l'uricémie, comme dans les expériences de laboratoire.

Mais au point de vue dermatologique, les résultats ont été plus inconstants et plus ambigus.

C'est qu'il faut distinguer, parmi les altérations cutanées, celles qui sont l'expression générale et directe des altérations générales et celles qui représentent un fait anatomique consécutif aux premières, et ayant acquis une individualité propre et obéissant par suite à un cycle particulier.

On peut, *a priori*, prévoir que l'amélioration de l'état général sous l'influence du traitement entraîne au point de vue dermatologique une amélioration des lésions de la première catégorie, mais qu'elle sera sans grand effet sur celles de la seconde catégorie.

Et c'est en effet ce que les auteurs ont constaté : les affections cutanées récentes ont été améliorées sous l'influence de l'Oxydol, parce qu'elles dépendent directement de l'état général. Mais pour les lésions anciennes, les résultats ont été moins bons : seule leur extension s'est trouvée arrêtée, ce qui se conçoit, car dans la zone d'extension des lésions, il s'agit d'altérations récentes, d'origine fonctionnelle.

La conclusion pratique de ce travail sera donc que dans les dermatoses qui paraissent dues à des altérations du métabolisme, cette notion étiologique de caractère général ne devra pas faire négliger le traitement local qui, au contraire, devra toujours être associé au traitement général. BELGODERE.

Rapports entre l'ichtyose et la syphilis dans deux cas cliniques, par Giovanni LANTERI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. V, fasc. 7, juin 1930, p. 705, 4 fig. Bibliographie.

L. rappelle que, sous de nom d'ichtyose, on a décrit des dermatoses très diverses, les unes de nature certainement très différente, les autres caractérisées par des particularités secondaires qui ne méritent pas d'en faire des variétés cliniques distinctes. Il faut adopter la classification restreinte de Bargigli qui distingue seulement 3 formes : 1° *forme légère,* dans laquelle la peau est sèche et épaissie, et présente de minus-

cules squamettes ichtyosiques ; dans cette forme, il faut faire rentrer les variétés : farineuse, pityriasique, brillante, nacrée, réticulée, perlée, etc., qui ont été décrites ; 2° *forme serpentine*, où les squames sont plus grandes, adhérentes à leur centre, relevées sur leurs bords, rappelant par leur forme et leur couleur les téguments des poissons ou des sauriens ; 3° *forme cornée* ou *histrix*.

Trois théories pathogéniques : 1° malformation congénitale ; 2° hérédo-syphilis ; 3° processus phlogistique chronique et faible, provenant d'un trouble général de la nutrition dû à une auto-intoxication encore indéterminée (Unna et Tommasoli).

L'auteur a eu l'occasion d'étudier deux cas d'ichtyose chez deux enfants de 9 et 5 ans, qui tous deux étaient nés de pères syphilitiques et mal soignés, mais ne présentaient par ailleurs aucun stigmate net d'hérédo. Chez l'un d'eux cependant, les réactions de Bordet-Wassermann et de M. T. R. étaient légèrement positives, et son père avait également une réaction de Bordet-Wassermann positive légèrement et de M. T. R. fortement. L'autre enfant avait une réaction négative, mais la M. T. R. devint sub-positive après réactivation, et si son père avait des réactions négatives, il faut remarquer qu'il avait suivi peu de temps auparavant une cure arsénobenzolique.

Enfin, l'examen du système nerveux végétatif montra des anomalies chez les deux enfants : chez l'un, sympathicotonie et vagotonie, associées à l'hypothyroïdisme ; chez l'autre, état vagotonique accentué avec hypothyroïdisme.

L'examen histologique révélait les altérations classiques et connues, mais dans l'un des deux cas, sur les capillaires du réseau sous-papillaire, on remarquait un petit prolongement en forme d'éperon qui se détachait de la paroi interne du vaisseau et en envahissait la lumière ; il semble bien qu'une telle lésion doive être rapportée à la syphilis en raison de sa tendance à attaquer le système vasculaire en y produisant des lésions endothéliales prolifératives.

L. discute ensuite, à propos de ces deux cas, le problème pathogénique et passe en revue les diverses opinions qui ont été émises. Il semble bien que, chez ses deux malades, on doive incriminer l'hérédité luétique, bien qu'il n'y ait pas eu d'autre cas d'ichtyose parmi les autres enfants des deux familles. La syphilis aurait agi, soit directement, en altérant le trophisme de la peau, soit en exerçant son action sur les organes qui président au trophisme cutané, c'est-à-dire sur le système endocrinien. Il rappelle à ce propos cette phrase de Barthélémy : « La syphilis toxinique n'est la plupart du temps qu'une hérédo-syphilis endocrinique ».

Pour L., les deux théories principales, celle de la malformation congénitale et celle de la dystrophie, peuvent facilement être fusionnées en une seule, la malformation congénitale pouvant être due à une cause qui peut être dans certains cas la syphilis, mais, dans d'autres cas

aussi, peut se trouver sous la dépendance de processus pathologiques d'une autre nature. BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Sur l'action prophylactique des injections dermiques de salvarsan sur la syphilis et le pian (Ueber die prophylaktische Wirksamkeit von intrakutan Injiziertem Salvarsan bei der syphilis und Frambœsiainfektion), par TAKATSU. *Acta Dermatologica*, vol. XV, fasc. 5, mai 1930, p. 460

Les expériences effectuées sur des lapins ont montré qu'on peut réaliser une immunité locale en faisant une infiltration dermique de salvarsan. Les inoculations de divers spirochètes (*Spir. pallida, pallidula, pertenuis*) échouent si elles sont faites strictement au même endroit et jusqu'au 14e jour après l'injection prophylactique ; à partir de ce moment, le lieu de l'injection redevient réceptif.

S. FERNET.

Une forme particulière de corne cutanée du gland (Ein besonderer Form von Cornu cutaneum glandis Penis), par MUKAI et MORIMOTO. *Acta Dermatologica*, vol. XV, fasc. 6, juin 1930, p. 595.

Description d'une volumineuse corne cutanée du gland chez un homme de 46 ans, porteur d'un phimosis congénital. La base cornée de cette formation pénétrait dans l'urèthre, dont l'orifice était dur et rigide et les parois leucoplasiques jusqu'à une grande profondeur. D'après la littérature, le phimosis accompagne les cas de ce genre dans la moitié des cas et doit constituer un facteur pathogénique.

S. FERNET.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Acné vulgaire et tuberculose, par E. RAMEL (Clin. Dermatol., Univ. Lausanne) (Schweiz. Vereinigung gegen die Tuberkulose, Bern, Sitzung vom 23-3-1930), *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 1930, no 32, pp. 754-760.

L'auteur commence par une définition de ce qu'il entend, dans son article, par la désignation d' « acné » : le seul type éruptif de l'acné vulgaire avec les caractères anatomo-cliniques suivants : dermatose polymorphe par ses efflorescences, de deux types essentiels. L'un avec des points noirs dans les canaux excréteurs des glandes sébacées, les comédons. Lorsqu'ils se présentent seuls, il s'agit d'acné ponctuée. Cette acné est localisée aux régions grasses de la peau, le plus souvent lors d'une séborrhée. L'autre type, le type éruptif, présente des papules rouge violet de localisation folliculaire, variant dans leur forme qui montre tous les intermédiaires entre la papulo-pustule centrée par le comédon et le nodule induré péri-folliculaire ou para-folliculaire. Ces lésions inflammatoires causent l'importance cosmétique de l'acné : dans

les cas bénins, l'éruption se fait par quelques pustules fugaces qui se joignent aux comédons et passent sans faire de cicatrices. Mais dans les cas plus graves il y a souvent suppuration profonde avec réaction sclérosante, un développement de vrais abcès phlegmoneux qui se succèdent et résistent à tout traitement.

L'acné présume toujours une séborrhée (pour la règle la séborrhée commence à l'âge de la puberté). La localisation est donc la même pour les deux. D'après les conceptions actuelles ce serait un bacille qui causerait l'acné comme la séborrhée (Sabouraud et Unna et Hodara). L. W. Kétron et H. Brown, entre autres, ont étudié l'action de ce bacille chez des animaux de laboratoire et des sujets humains en pratiquant des injections intradermiques de vaccin ou de cultures de bacilles. Mais les abcès produits de cette manière se guérissent sans laisser de traces et on ne réussit pas à produire des comédons. L'auteur doute par suite que le bacille soit la seule cause de l'acné. Il y a surtout deux symptômes qui parlent contre la doctrine en cours : la soudaineté des récidives et le début profond hypodermique de beaucoup de pustules acnéiques. L'hypothèse de l'auteur pour l'acné prémenstruelle, par exemple, serait la suivante : il s'agit d'une éruption « de sortie » comme pour l'herpès prémenstruel ; le germe déterminant les manifestations inflammatoires primaires existe déjà dans l'organisme, sous une forme latente, durant les périodes intermenstruelles. Les lésions inflammatoires de l'acné seraient donc d'*origine endogène*. R. est arrivé à cette conclusion par l'observation de 10 cas, où l'acné se présentait sous forme d'un véritable abcès froid dont le pus n'avait point de bacilles acido-résistants. Les malades respectifs ne souffraient pas de tuberculose active. Mais quand même, l'auteur établit le diagnostic de tuberculose colliquative, d'après Oppenheim et ses élèves, Dressler et Klaar entre autres. Des inoculations systématiques au cobaye, en guise d'essais, permirent de constater les résultats suivants : l'inoculation d'efflorescences acnéiques provenant d'individus cliniquement indemnes de toute tuberculose produit, chez certains animaux qui servaient à l'essai, une tuberculose progressive classique à évolution lente. D'autres eurent une tumeur locale se guérissant par régression, ou un abcès froid qui disparut après l'éruption sans que les animaux soient morts. Mais ils eurent soit une hyperplasie ganglionnaire, soit des lésions de dégénérescence dans les viscères, le foie, la rate, les poumons — les derniers offraient l'aspect d'une pneumonie chronique. Par la méthode des inoculations successives, il a été possible d'exalter la virulence des germes tuberculeux atténués contenus dans les lésions de dégénérescence et de les transformer en bacilles de Koch virulents. Il s'ensuit que l'acné n'est qu'une tuberculose hématogène très bénigne, se distinguant par son apparition au temps de la puberté, et sa localisation sur les régions séborrhéiques. « Elle se comporte comme une surinfection endogène d'origine tuberculeuse de la séborrhée et constitue pour la

puberté l'homologue de la scrofulose de la première enfance. Elle est l'expression d'une vaccination antituberculeuse naturelle de l'organisme humain. » MAX HENRI WELTI (Berne).

Sur l'épithélioma de la peau, en tenant compte spécialement des malades des cliniques de l'Université de Berne, par O. NAEGELI (Ueber Hautkrebs-mit besonderer Berücksichtigung des Berner Krankenmaterials). *Schwei, zerische Medizi nische Wochenschrift*, 60e année, 1930, no 36, p. 837.

Après quelques remarques d'introduction sur l'état actuel des recherches sur le cancer, l'auteur procède à un exposé sur les expériences cliniques sur l'épithélioma de la peau qui ont été faites à la clinique dermatologique, à la polyclinique, à l'institut des rayons X et à l'institut du mésothorium de l'université de Berne, de 1892 à 1928.

1° Fréquence et apparition : d'après des tableaux on ne peut conclure à une augmentation ou à une diminution de l'épithélioma de la peau. De 1914 à 1928, au total, 108 cas ont été observés en clinique et 82 cas en polyclinique.

2° Contrairement à la règle, le sexe féminin a été atteint au même degré que le sexe masculin.

3° Le cas le plus précoce fut une ménagère de 23 ans ; elle avait la peau du visage intacte et un épithélioma baso-cellulaire de la grandeur d'une fève apparut spontanément à la paupière inférieure droite. Le nombre des cas augmente rapidement à partir de la cinquantaine passée et est spécialement grand après 70 ans.

4° Localisation : dans 79-97 o/o des cas il s'agit de parties libres du corps, dont 62-85 o/o concernaient les parties supérieures du visage.

5° Polémique contre quelques désignations de la nomenclature française qui causent de la confusion. Ainsi « épithélioma cicatriciel » et « cylindrome ». Nægeli propose de se contenter de deux groupes pour la classification de l'épithélioma de la peau, au lieu du nombre sans fin dont on se sert actuellement : I. Celui à étiologie principalement exogène : 1° les basaliomes ; 2° l'épithélioma à cellules pavimenteuses ; 3° les formes métatypiques ; et II. Celui d'origine nævique et de formes dites transitoires : 1° l'épithélioma *adenoïdes cysticum ;* 2° l'épithélioma calcaire ; et 3° les mélanocarcinomes. Démonstration d'un épithélioma eczématogène à cellules basales. Histologie : des vésicules contenant de la lymphe et des foyers cancéreux en dégénération hyaline.

6° Les cancers à cellules basales dominent aux deux tiers supérieurs du visage ; aux lèvres, aux parties génitales et aux muqueuses de la bouche ce sont les cancers spino-cellulaires.

7° Une apparition multiple ne fut constatée que dans 5 cas. Jamais des « carcinoïdes » d'Arning n'ont été observés.

8° Pas un seul cas avec formation de métastases.

9° Genèse : Le plus fréquemment, il s'agit d'une dermatose pré-

cancéreuse (kératose sénile ou présénile, leucoplasie, syphilis tertiaire, lupus, maladie de Bowen et de Paget, lupus érythémateux, dermites par rayons X et radium, nævus, phimose par traumatisme (cicatrice)). Très souvent il y a une influence traumatique (chaleur). L'auteur ne peut donner des exemples pour une hérédité de la maladie ou de sa disposition. Observation frappante sur un ouvrier de 30 ans environ, qui s'était brûlé avec du métal incandescent. Sans altérations précancéreuses, il eut, quelques mois après la brûlure, un épithélioma de la peau, au front. Autre cas similaire : on constata un cancer sur la main 2 à 3 mois après une brûlure avec du goudron.

10° Traitement : Dans la plupart des cas, application de rayons X ou de mésothorium. Si, après quelques séances, on ne voit pas de résultat, on procédera à l'aide du bistouri, car il s'agit alors probablement de formes réfractaires aux rayons. En cas d'épithélioma de l'oreille externe et de l'angle intérieur de l'œil, les résultats par le traitement par rayons sont moins favorables à la longue. Le procédé chirurgical est nécessaire spécialement pour les épithéliomas nævogènes, les épithéliomas des muqueuses et pour la plupart des diverses formes spino-cellulaires du lupus, etc., pour les cancers sur cicatrice et les cas métatypiques.

Max Henri Welti (Berne).

LIVRES NOUVEAUX

Le liquide céphalo-rachidien (Die Zerebrospinalflussigkeit), par V. Kafka. 400 pages, 46 planches (tracés, etc.), 25 tableaux. F. Deutike. Leipzig, 1930.

Vaste et précieux travail où K. a réuni les nombreuses données acquises pendant les 20 dernières années sur la physiologie et la pathologie générale du liquide céphalo-rachidien. Il ne peut être question d'analyser un pareil livre, entièrement didactique et critique, et qui contient une énorme masse de renseignements. A peine peut-on en indiquer le plan. Une première partie est consacrée aux définitions, à l'historique, à la terminologie. La seconde étudie d'abord les propriétés du liquide céphalo-rachidien envisagé au point de vue général : macroscopie, microscopie, propriétés physiques et physico-chimiques, propriétés chimiques, ferments, colloïdes, hormones, recherches biologiques (antitoxines, anticorps, etc., etc.), et enfin propriétés spéciales. Vient ensuite une étude du liquide céphalo-rachidien normal, et ensuite celle du liquide pathologique (hémorragies, syphilis, infections diverses, maladies, intoxications, etc.). Une troisième section examine le liquide céphalo-rachidien dans sa provenance (sous-arachnoïdienne, cisternale, ventriculaire, etc.). Dans la quatrième partie, particulièrement étendue et complexe, sont exposées la physiologie normale et la physiopathologie : origine, circulation, résorbtion, problème de la perméabilité, etc. Une partie plus courte étudie le liquide céphalo-rachidien dans ses rapports avec d'autres liquides : labyrinthique, par exemple, le liquide des animaux, du cadavre. Suivent un résumé et les conclusions qu'on peut formuler présentement. Et enfin, une vaste bibliographie qui donne 12 ou 1.500 indications précises. Je ne sais si cette énumération donne une idée de ce travail. On peut dire qu'il serait imprudent de s'occuper désormais du liquide céphalo-rachidien sans avoir sous la main ce bel ouvrage, où l'information immense égale une critique sûre. Le livre de K. doit se trouver dans tous les laboratoires de neuro-psychiatrie et de neuro-syphiligraphie ; et il mérite non seulement nos félicitations, mais encore notre reconnaissance. Ch. Audry.

Diagnostic. Diagnostic différentiel et traitement des maladies cutanées et vénériennes (Diagnose. Differential diagnose und Behandlung der Haut und Geschlichts-Krankeiten), par W. Scholtz. 155 figures dans le texte, 32 planches en couleurs, 32 tableaux, 1930. Hirzel, éditeur, Leipzig.

Gros volume rédigé avec beaucoup de soin par un dermato-syphiligraphe expérimenté à l'usage des étudiants, et surtout des praticiens. On peut seulement se demander si de pareils ouvrages ne sont pas un peu au-dessus des non-spécialistes, et en même temps s'ils ne sont pas

un peu au-dessous des spécialistes. Mais celui-ci échappe à ces inconvénients grâce à sa clarté, à des divisions, à une illustration abondante bien choisie, ce qui en fait un très bon livre pour le médecin praticien mis en présence des cas douteux pour son expérience. Il est évident que seul un dermato-syphiligraphe aussi consommé que S., et aussi laborieux, peut accomplir un labeur aussi difficile et aussi profitable.

Ch. Audry.

Conférences et Documents pour le 25e anniversaire de la découverte du germe de la Syphilis (Vorträge und Urkunden zur 25 jährigen Wiederkehr der Entdeckung der Syphiliserregers (Spirochæta pallida)), par E. Hoffmann, 1930, Berlin.

Agréable brochure où H. a réuni les 4 premiers travaux publiés (par Schaudinn et lui-même) au sujet du parasite que Schaudinn a découvert. Il y donne la photographie du médaillon de Schaudinn. H. y a joint 2 conférences faites au Japon sur la curabilité de la syphilis (le texte en est aussi publié dans *Dermat. Zeitschrift*) et sur la syphilis congénitale. En outre, quelques indications sur la série des premières découvertes en question, — et quelques vers où l'on retrouve avec plaisir l'entrain et le « Gemuth » de l'excellent syphiligraphe. Petit livre utile pour l'histoire et plaisant à la lecture. Ch. Audry.

L'enzymoréaction (Principes. Techniques. Applications), par le Pr Luigi Sivori, le Pr Ulysse Rebaudi et le Dr Yvo Menniti. Préface du Pr Trambusti. Un vol. de 222 pages. Licinio Capelli, éditeur. Bologne. Prix : 30 lires.

Qu'est-ce que l'*enzymo-réaction ?*

Quand une matière albuminoïde, ou même une substance quelconque, est introduite dans un organisme vivant auquel elle est étrangère, cet organisme réagit par un mécanisme complexe de défense. Il fabrique des substances antagonistes qui ont la propriété de modifier la matière étrangère introduite dont la présence serait incompatible avec la vie normale du sujet, de la transformer en une matière apte à être assimilée ou apte à être évacuée. Rechercher ces substances antagonistes, ces *ferments* de défense, ou *enzymes*, mettre leur présence en évidence, voilà en quoi consiste l'enzymo-réaction.

Connu, va-t-on répondre, il s'agit donc en somme d'un démarquage de la réaction d'Abderhalden, dont les applications pratiques n'ont pas réalisé les espoirs que faisaient entrevoir les conceptions théoriques.

Contre cette objection, les auteurs protestent : l'enzymo-réaction n'est pas la réaction d'Abderhalden.

La différence porte d'abord sur la conception initiale. Le savant physiologiste de Halle, dans ses expériences, s'est servi de matière albuminoïde *altérée le moins possible*, parce qu'il estime que les produits de scission ont perdu « jeden besondern Character ».

Au contraire, c'est justement à ces produits de scission que se sont adressés les auteurs, car ils estiment que les albumines qui composent les cellules de chaque tissu, de chaque organe, ont une spécificité pro-

pre, qui se conserve même dans les produits de désintégration de ces albumines, dont le terme ultime est l'urée. Cette conception, toute réserve faite sur sa valeur pratique, est intéressante au point de vue philosophique, et nous nous souvenons d'un passage de l'*Évolution créatrice*, où Bergson fait remarquer que, à quelques années d'intervalle, toutes les cellules qui composent un individu ont été renouvelées, de sorte que ce n'est plus le même individu qui est devant nous, bien qu'il ressemble à celui d'il y a quelques années (avec de légères différences, car tout de même « on change en vieillissant »). Comment expliquer cela autrement que par des propriétés spécifiques des cellules de chaque tissu et de chaque organe ?

Cette conception a une portée très générale car elle est applicable même aux albumines des bactéries qui envahissent notre organisme comme agents pathogènes, et en outre, elle tend à ramener à un processus unique un *processus de digestion* (ainsi que l'avait entrevu Ehrlich) toutes les différentes réactions de défense auxquelles on attribuait jusqu'ici des mécanismes particuliers : réactions précipitantes, agglutinantes, bactériolytiques, hémolytiques, méiostagminiques, etc...

Cette spécificité gouverne toute la nutrition, aussi bien celle qui est liée à la digestion gastro-entérique que la nutrition intra-organique, et cette spécificité augmente même à mesure que s'accentuent les processus de scission de la molécule albuminoïde. Dans l'intimité des tissus, les « scories albuminoïdes » sont digérées par des ferments élaborés par les cellules blanches, fixes et mobiles, autrement dit par le système réticulo-endothélial ; cette élaboration est plus ou moins active suivant le degré de réactivité organique du sujet.

Une autre conséquence originale de ces conceptions, c'est de faire jouer à l'*azotémie*, un rôle pathologique beaucoup plus étendu que celui qu'on lui attribue habituellement. La plupart des processus pathologiques aboutissent à une destruction de cellules, à une nécrobiose cellulaire avec mise en liberté de scories albuminoïdes qui sont détruites par les ferments, à moins que les scories soient trop abondantes ou les ferments trop insuffisants. Les troubles pathologiques occasionnés par la radiothérapie et qui offrent de grandes analogies avec les troubles azotémiques semblent confirmer cette manière de voir.

Il y aurait ainsi, dans l'évolution d'une maladie, trois stades : 1° un stade d'azotémie latente ; 2° un stade d'azotémie manifeste, ou stade anaphylactique, quand apparaissent les premiers signes cliniques ; 3° un stade d'azotémie latente correspondant à l'état immunitaire, quand l'organisme, au moyen de ses ferments, a pu organiser sa défense.

L'enzymo-réaction, en permettant de déceler dès son début l'état d'azotémie latente, peut faire prévoir d'avance un processus pathologique et permet ainsi des mesures préventives.

La spécificité des produits de désintégration des matières albuminoïdes n'est pas une simple vue de l'esprit, une idée théorique, et les

auteurs en apportent des preuves expérimentales qu'il ne nous est pas possible de résumer. Pas davantage ne nous est-il possible de résumer les déductions qu'ils tirent de leur conception dans l'interprétation des phénomènes anaphylactiques, des phénomènes immunitaires, des phénomènes pathologiques, des troubles endocriniens, des troubles néoplasiques.

Mais, d'une manière générale, ils estiment que l'état de maladie est dû à la déficience des enzymes présents dans l'organisme, déficience qui comporte précisément l'état d'intoxication par désintégration albuminoïde.

L'intérêt de l'enzymo-réaction, c'est que précisément elle représente un moyen d'investigation biologique qui nous permet de pénétrer dans la connaissance, dans chaque cas particulier, de la physionomie biologique organique, et d'individualiser ainsi un processus morbide, même dans sa première période de latence.

En effet, la recherche, exécutée sur le sérum, révélant une notable augmentation de principes fermentatifs vis-à-vis d'un organe déterminé, nous permet d'affirmer que, chez le sujet examiné, bien qu'il jouisse en apparence d'une santé normale et ne présente aucun signe de maladie, un processus morbide commence cependant à se développer dans l'organe en question, processus qui se révélera au bout d'un temps plus ou moins long selon les capacités biochimiques de l'organisme, ou bien pourra même aboutir à la guérison après une évolution complètement silencieuse s'il y a eu production suffisante des substances désintégratives des scories toxiques.

Tels sont, rapidement esquissés, les principes sur lesquels repose l'enzymo-réaction.

La seconde partie de l'ouvrage est consacrée à la technique. Les composants de la réaction sont :

1° Le liquide à éprouver, qui peut être, soit le sérum, soit le liquide de vésicatoire ou l'urine, la salive, le liquide céphalo-rachidien, les liquides pleuraux, péritonéaux, péricardiques, etc...

2° Le réactif, qui est la *Ninhydrine*, comme dans la réaction d'Abderhalden.

3° L'antigène, qui est un désintégrat de la substance albuminoïde spécifique qui fait l'objet de la recherche, soumise à une digestion chlorhydropeptique, de manière à être à l'état de scission et réduite en polypeptides.

Ce désintégrat doit être alcalinisé : ce qui se vérifie, soit avec un papier de tournesol spécial, soit en contrôlant par la méthode électrométrique le *p*H, qui doit être de 7,3 à 7,4. Cet antigène est soumis à un titrage avant son emploi.

Comme dans la réaction d'Abderhalden, la présence des enzymes est révélée par la *Ninhydrine*, qui donne une coloration violette plus ou moins accentuée, que l'on apprécie au moyen d'une échelle colorimé-

trique ou *enzymomètre*, ou au moyen d'un colorimètre spécial, plus précis.

Il y a deux types de réaction : *à chaud* et *à froid*, cette dernière d'un emploi plus facile pour le praticien.

Au point de vue technique, l'enzymo-réaction n'a de commun avec la réaction d'Abderhalden que l'emploi de la Ninhydrine ; on ne se sert pas de dialyseur : l'antigène est liquide et on le mélange au liquide à essayer ; c'est au sein de ce mélange qu'a lieu la réaction. Si les enzymes font défaut, le mélange, au lieu de devenir *violet*, reste *incolore*.

Quant aux *Applications*, dont l'exposé fait l'objet de la troisième partie de l'ouvrage, elles sont innombrables, et l'on peut dire que l'enzymo-réaction est applicable à presque tous les domaines de la pathologie.

Dans la syphilis, elle serait plus sensible que la réaction de Bordet-Wassermann.



Dans la tuberculose, où l'on utilise comme antigène des cultures de bacilles de Koch réduites à l'état d'ultra-peptones, elle fournit des résultats du plus haut intérêt, non seulement pour le diagnostic, mais aussi pour le pronostic, en révélant le degré de réactivité organique du sujet.

Particulièrement intéressantes aussi sont les applications pour le diagnostic des tumeurs et en particulier le diagnostic précoce, dont on sait toute l'importance.

Une des applications principales pour laquelle avait été étudiée la réaction d'Abderhalden, c'était le diagnostic de la grossesse au début ; là aussi, ainsi que dans différents problèmes gynécologiques, l'enzymo-réaction a donné des résultats du plus haut intérêt.

On peut l'employer aussi dans les troubles digestifs, pour déceler les aliments mal tolérés, dans les empoisonnements.

Elle permet de déceler les plus minimes perturbations de nutrition ou de vitalité des individus cellulaires qui constituent les tissus et de formuler ainsi le diagnostic des anomalies fonctionnelles et des altérations organiques dès leur début et avant que soit apparu aucun signe clinique ou de laboratoire (diagnostic présymptomatique).

Dans certains cas, à symptomatologie incertaine, que l'on ne peut relier à une localisation déterminée, l'enzymo-réaction permettra ce diagnostic anatomique : une lésion du noyau caudé, par exemple, se révélera par une réaction positive au moyen d'un antigène préparé avec un extrait de noyau caudé.

Comme on le voit, cette méthode nouvelle est riche de promesses aussi vastes que brillantes, mais qui demandent contrôle et confirmation. Si les auteurs n'ont pas été entraînés trop loin par leur imagination (on a un peu cette impression) nous serons redevables à la science italienne, dans le domaine de la recherche biologique, d'un progrès qu'il ne sera pas exagéré d'appeler un pas de géant.

BELGODERE.

INFORMATIONS

L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE COPENHAGUE DE L'UNION INTERNATIONALE CONTRE LE PÉRIL VÉNÉRIEN

Le dimanche 3 août à Copenhague, s'est ouvert au Palais de la Société du Tir Royal, au 59 Vesterbrograde, l'Assemblée Génerale de l'Union Internationale contre le Péril Vénérien. Elle fut précédée d'une réunion du Comité de Direction, qui devait élire les membres du bureau.

Le Comité fut unanime à regretter que la maladie écartât le professeur Bayet, de la présidence, qu'il exerçait avec activité, et décida de le nommer Président d'honneur.

Le Président désigné par l'Assemblée est le professeur Ehlers, médecin chef de l'hôpital communal de Copenhague et des Asiles Velander (Danemark).

La haute autorité dont il jouit dans le monde dermato-syphiligraphique, son affabilité, son grand cœur le désignaient tout naturellement à recueillir la succession du professeur Bayet.

Les Vice-Présidents désignés ont été :

Le professeur Jadassohn (de Breslau), dont il est inutile de redire ici toute la grandeur de l'œuvre dermatologique et syphiligraphique qu'il a organisée et dirigée en Allemagne.

Mme Neville-Rolfe, la distinguée et si active Secrétaire générale de l'Association Britannique d'Hygiène Sociale qui a toujours porté un si grand intérêt à l'Union Internationale contre le Péril Vénérien et à toutes les questions sociales.

M. Snow, Directeur de l'Association Américaine d'Hygiène Sociale, dont l'activité est également très grande.

Enfin le professeur Du Bois de Genève, qui ouvrit les séances du Comité de Direction et sous l'autorité duquel les élections eurent lieu à l'unanimité

Il est inutile de parler longuement de la personnalité des 4 Vice-Présidents, très connue et appréciée parmi les syphiligraphes et dont l'élection sera chère à tous.

Le Secrétaire Général, M. André Cavaillon fut l'objet d'une vive manifestation de sympathie et de reconnaissance, et on lui exprima à nouveau la grande satisfaction de le voir s'efforcer de donner au monde entier un armement antivénérien complet. La France se réjouit de voir son Directeur du Service de Prophylaxie des Maladies Vénériennes être l'âme de l'Union Internationale contre le Péril vénérien.

Les Secrétaires adjoints :

M. Schraenen, Secrétaire général de la Ligue Nationale Belge contre le Péril Vénérien.

M. ROESCHMANN, Directeur de la Ligue Nationale Allemande contre le Péril Vénérien.

Le trésorier réélu, avec les fécilitations de tout le Comité de Direction, fût le sympathique et si dévoué M. FLURSHEIM, dont on ne saurait assez apprécier les services inestimables qu'il rend à la cause de l'Union Internationale.

Deux importantes questions furent discernées soigneusement et méthodiquement.

La première a trait aux *principes généraux de lutte antivénérienne.*

La seconde fut la réponse type à faire au questionnaire du Bureau International du Travail pour *les marins dans les Ports.*

On a adopté les principes généraux étudiés par le Comité exécutif de l'Union.

*
* *

Le Comité de Direction comprenait sous la Présidence du professeur DU BOIS de Genève, le professeur EHLERS, le professeur JADASSHON, le docteur CAVAILLON, les professeurs NICOLAS de Lyon et PAUTRIER de Strasbourg, le colonel HARRISSON, le docteur ROESCHMANN, le docteur Marcel PINARD, le docteur Paul BLUM de Paris, le docteur Georges LÉVY de Paris, M. SCHRAENEN, M. FLURSHEIM, le docteur CARLE de Lyon, etc.

L'après-midi, les membres du Comité et de l'Assemblée générale étaient conviés à une garden-party organisée sous la présidence d'honneur de la Reine dans le jardin de l'Asile Welander de Bispebjerg.

Le soir, un banquet, organisé par l'Association Danoise pour combattre les maladies sexuelles, fêtait la réunion de l'Union Internationale, en même temps que le 25e anniversaire des Asiles Welander, soirée extrêmement brillante qui se déroula dans les salles de la Société du Tir Royal.

Les termes de la circulaire sur les principes généraux de lutte antivénérienne furent discutés un à un, nécessitèrent la réunion d'un sous-Comité auquel prirent part les professeurs JADASSHON, NICOLAS, les docteurs CAVAILLON, Paul BLUM, Georges LÉVY, Marcel PINARD, CARLE.

Le texte adopté fut le suivant :

L'Union Internationale contre le Péril Vénérien, après avoir pris connaissance des rapports présentés par MM. les professeurs BAYET, JEANSELME, JADASSHON sur les principes généraux de lutte antivénérienne, se plaçant tant au point de vue social qu'au point de vue individuel,

Invite les Gouvernements, les Pouvoirs publics, et les Associations de lutte antivénérienne à demander au corps médical, de se baser, dans la conduite que tout médecin spécialisé ou non doit tenir en présence de malades atteints de syphilis, sur les règles primordiales suivantes :

1° Premièrement, et avant toute chose, si le malade est contagieux, réduire au minimum sa période de contagiosité par un traitement intensif immédiat.

2° Secondement, tâcher d'empêcher la réapparition d'accidents contagieux par un traitement suffisamment actif, et prolongé.

3° Tâcher d'empêcher toute possibilité de transmission congénitale de la syphilis à ses descendants.

L'Union, à cet égard, insiste particulièrement, sur le fait que la lutte contre la syphilis congénitale, doit se poursuivre :

a) par un dépistage systématique, comprenant l'enquête familiale, les examens cliniques et sérologiques.

b) par le traitement, non seulement des enfants reconnus atteints de syphilis congénitale, mais en ordre principal, par le traitement suffisamment régulier et prolongé des géniteurs avant la procréation et de la mère pendant la grossesse.

4° En dernier lieu, et dans la mesure du possible, de mettre le malade à l'abri des conséquences personnelles lointaines de la syphilis, dont il est atteint, de manière à viser à la disparition définitive du tréponème dans l'organisme infecté.

L'Union Internationale contre le Péril Vénérien insiste sur le fait que les principes fondamentaux entraînent comme corollaire pour tout médecin la nécessité de rechercher à l'occasion de chaque malade les sources de la contamination pour le malade examiné et celles dont il a été ou pu être l'origine, afin de pouvoir instituer le plus tôt possible des traitements nécessaires. Cette recherche se fera évidemment avec la plus grande discrétion et avec tout le tact désirable,

Attire l'attention spéciale des Gouvernements et des Pouvoirs publics, et des Associations de lutte antivénérienne sur la nécessité de la formation syphiligraphique de médecins praticiens, tant au point de vue de la prophylaxie que du diagnostic et du traitement, conformément aux exigences de la pratique médicale,

Considère qu'il importe au succès d'une entreprise commune, que le médecin praticien participant à la lutte sociale contre la syphilis soit soutenu et guidé par les médecins spécialisés et par les organisations de lutte antivénérienne,

Estime au total que seul un programme complet de lutte peut donner des résultats importants et stables.

Paul Blum.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

—

LÈPRE ET SYRINGOMYÉLIE

ÉTUDE DE LA SÉCRÉTION SUDORALE DANS CES DEUX MALADIES. LEUR DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL PAR IONISATION DE PILOCARPINE

Par E. JEANSELME et R. GIRAUDEAU

La maladie de Hansen, facile à reconnaître lorsque les manifestations tégumentaires s'associent aux troubles nerveux, est quelquefois d'un diagnostic malaisé lorsque le symptôme unique consiste en troubles des sensibilités thermiques et douloureuses. La confusion avec la syringomyélie est alors possible, surtout quand cette maladie s'accompagne de lésions cutanées du type panaris de Morvan. Toutes les ressources de la clinique et du laboratoire doivent alors être mises en œuvre. En particulier il faut procéder à une étude très attentive des réactions cutanées. Mais la recherche de la sensibilité au contact avec un flocon d'ouate, de la douleur à la piqûre d'aiguille, de la sensibilité thermique avec deux tubes à essai remplis d'eau froide et chaude, l'étude des réactions vasomotrices après friction, application d'un révulsif ou excitation électrique ne fournissent aucun caractère différentiel indiscutable. Par contre, il nous est apparu au cours de nos recherches sur les troubles sécrétoires des glandes cutanées dans les dermatoses, que la fonction sudorale se comportait très différemment dans la lèpre et dans la syringomyélie et que l'ionisation de pilocarpine localisée apportait une aide utile à ce diagnostic délicat.

Avant d'étudier les modifications de la transpiration dans les deux maladies qui font l'objet de cette étude nous résumerons brièvement notre technique, puis les résultats de l'expérimentation sur les sujets normaux et sur les malades atteints d'altérations bien nettes des nerfs périphériques telles que section traumatique, ou inhibition fonctionnelle après injections d'anesthésiques.

Technique.

Dans nos premières recherches faites en 1927 avec Yves Bureau, « après avoir reconnu l'inefficacité des tisanes sudorifiques, de l'antipyrine, du salicylate de soude ou de l'aspirine ainsi que du séjour dans une atmosphère surchauffée, nous avons eu recours à l'injection d'un sel de pilocarpine ce qui provoque d'une manière certaine une crise de sueurs profuses, mais elles sont généralisées à toute la surface du corps ce qui rend malaisée l'appréciation des modifications locales de la sudation. D'ailleurs ce mode d'administration n'est pas exempt d'inconvénient ni de danger. La sialorrhée concomitante de la sudation, les vomissements parfois incessants pendant des heures et surtout l'état lipothymique ne permettent pas de renouveler l'expérience aussi souvent qu'il serait nécessaire. L'injection est nécessaire, car la peau frictionnée avec une pommade renfermant un sel de pilocarpine n'absorbe cet alcaloïde qu'en quantité trop faible pour produire une sudation locale perceptible » (*Société dermatologique de Lyon*, 1er fév. 1929).

Nous avons alors songé à employer le procédé bien connu de l'électropénétration médicamenteuse qui nous a permis d'introduire directement la pilocarpine dans la peau et de provoquer une transpiration strictement localisée au territoire en expérience.

Le procédé classique d'ionisation consiste à appliquer sur la région à traiter une compresse de coton hydrophile imprégnée d'une solution pure de médicament dans l'eau distillée. Cette compresse, recouverte d'une électrode d'étain sensiblement de même largeur est réunie au pôle positif ou au pôle négatif d'une source de courant continu, suivant la nature du médicament à introduire. Une autre électrode constituée par une large compresse mouillée d'eau ordinaire est reliée au pôle libre de l'appareil. Elle peut être placée en un point quelconque du corps du sujet. Dans nos expériences, l'électrode active, imbibée d'une solution d'azotate de pilocarpine dans l'eau distillée doit être réunie au pôle positif.

La pénétration ionique du médicament dépendant uniquement de l'intensité du courant et du temps de passage, nous avons choisi la quantité totale de 50 milli-ampères-minute pour une surface d'environ 4 centimètres carrés. Cette quantité d'énergie électrique cor-

respond par exemple au passage d'un courant de 10 milli-ampères pendant 5 minutes mais peut être obtenue par toute combinaison de temps et d'intensité aboutissant au total de 50. Cependant, pour que le courant n'éveille pas de sensation désagréable, et surtout pour ne pas avoir à redouter de brûlure galvanique chez les sujets à sensibilité altérée, nous conseillons de ne pas dépasser l'intensité de 10 milli-ampères pour une surface de 4 centimètres carrés.

Cette méthode présente pour nos recherches délicates plusieurs inconvénients. Elle exige tout d'abord une pression parfaitement égale de la compresse imbibée de pilocarpine afin que les effets soient partout comparables. Ces compresses doivent être maintenues par des bandes comme un pansement. Les téguments souvent atrophiés et scléreux se laissent mal imprégner par les liquides d'où une grosse cause d'erreur. Il faut une grande quantité de solution d'alcaloïde toxique pour mouiller suffisamment l'ouate hydrophyle. Enfin les éléments du pansement introduisant fatalement des impuretés dans l'ionisation nuisent à la précision des expériences.

Pour obvier à ces causes d'erreur nous avons systématiquement adopté le procédé d'ionisation dermatologique présenté par l'un de nous à la Société d'électrologie que nous résumons brièvement.

Tout le matériel de pansement est remplacé par un corps pâteux non conducteur du courant, le stéarate de glycérine et de soude, connu sous le nom de diadermine. Nous incorporons à la diadermine quelques gouttes d'une solution à 2 o/o d'azotate de pilocarpine dans l'eau distillée ce qui constitue une crème ionisable, c'est-à-dire conductrice du courant. La résistance électrique de l'excipient étant absolue, le courant ne pourra passer que grâce aux ions pilocarpine introduits, ce qui donne le maximum de pureté à l'ionisation, tous les ions parasites étant évités. La crème s'applique directement sur la peau, et tient par adhérence sans nécessiter aucun moyen de contention. Elle se moule sur les irrégularités du tégument, assurant une action électrique uniforme. Enfin, la quantité de pilocarpine utilisée dans chaque expérience est infime, ce qui exclut toute possibilité d'intoxication même en cas de répétition fréquente des applications. Pour se mettre à l'abri des brûlures par contact direct de l'électrode et de la peau, la couche de crème doit avoir une épaisseur de 5 millimètres environ. Une électrode insoluble en charbon, ou une mince feuille d'or

ou de platine (l'étain a l'inconvénient de s'altérer rapidement), sert à amener le courant positif. L'électrode indifférente est réunie au pôle négatif, comme dans le procédé classique.

Après avoir cessé l'ionisation et nettoyé rapidement la peau à l'éther on reconnaît l'activité des glandes sudoripares à l'apparition de gouttes de sueur visibles à la loupe. Mais il est plus commode de mettre cette sécrétion en évidence en appliquant sur la peau un réactif qui rend le phénomène plus perceptible. Nous avons employé tout d'abord le papier tournesol. Nous avons ainsi reconnu que la sueur provoquée par la pilocarpine était alcaline et colorait en bleu le tournesol rouge. Cette constatation, en contradiction avec l'opinion généralement répandue, sera du reste l'objet d'autres recherches sur la qualité de la sécrétion sudorale en pathologie médicale. Nous avons ensuite substitué à ce réactif un papier à cigarette qui a l'avantage de s'imbiber immédiatement et révèle la moindre goutte de sueur sous forme d'une tache grise. La feuille de papier est intimement appliquée sur la peau à l'aide d'une lame de verre ou de celluloïde. La sueur s'évapore rapidement lorsque la feuille de papier est agitée à l'air ce qui permet d'éviter la confusion avec des gouttelettes de sécrétion sébacée qui laissent au contraire des taches longtemps persistantes.

On peut aussi déceler la transpiration en saupoudrant la région ionisée avec une poudre colorante soluble telle que le permanganate de potasse ou le bleu de méthylène. Ce procédé nous a servi surtout dans nos recherches sur la distribution topographique des glandes en activité dans diverses dermatoses en particulier autour des lépromes et des taches achromiques.

Etude de la sécrétion sudorale chez les sujets normaux.

Nous avons choisi comme terrain d'exploration facile de la peau normale, les téguments de la face antérieure du poignet. La main est placée en supination sur une large électrode indifférente et l'électrode active positive, la crème ionisable de pilocarpine, est étalée sur un carré de 2 centimètres de côté immédiatement au-dessus des plis de flexion.

La réaction sudorale normale, telle qu'elle ressort de nos expériences est la suivante :

Immédiatement après enlèvement de l'électrode on constate un érythème très apparent, s'effaçant par la pression et exactement localisé à la région ionisée. Cette rougeur est encore plus prononcée après friction à l'éther ce qui anémie la peau voisine. L'application immédiate d'un papier à cigarette montre que les premières taches sudorales (point de rosée) apparaissent en 11". Elles grossissent ensuite en augmentant de nombre pour devenir confluentes en 1'11". Ces chiffres sont bien entendu des chiffres moyens sujets à d'importantes variations. L'intensité de la sudation suit une courbe ascendante pendant les premières minutes puis décroît progressivement pour se terminer après une heure environ. A la face antérieure du poignet la répartition des taches sudorales est très régulière, donnant l'impression du grain de maroquin. Tous les éléments sont de même grosseur et à peu près équidistants. Il n'en est pas de même dans toutes les régions.

Citons ici, une de nos recherches caractéristiques, nous en avons résumé quelques autres sous forme d'un tableau.

Apparition de la sudation provoquée chez un sujet sans altérations cutanées locales.

Observation nº 1. — Th... Jeanne, 32 ans. En traitement dans le service pour syphilis ancienne sans manifestation cutanée actuelle.

27 février 1930. Ionisation de pilocarpine, 10 milli-ampères pendant cinq minutes, sur la face antérieure du poignet droit. Aussitôt après l'enlèvement de la crème contenant la pilocarpine, on constate un érythème franc exactement localisé à la surface électrisée. Cet érythème est encore exagéré par une friction de la peau à l'éther qui produit une vaso-constriction locale des téguments du poignet sans agir sur la rougeur provoquée par l'électrisation. L'application d'un papier à cigarette maintenu par une lame de verre montre l'apparition des premières gouttes sudorales en 10". Leur répartition est absolument uniforme. Ces gouttes deviennent confluentes en 1'30".

Recherche de la sécrétion sudorale après anesthésie locale.

Nous ne ferons que mentionner ici le résultat de plusieurs expériences ayant consisté à supprimer la sensibilité de la peau soit par injection sous-cutanée, soit par ionisation locale de chlorhydrate de cocaïne afin d'étudier ensuite la réaction sudorale sur les territoires

Sudation chez les sujets sains ou atteints d'affections sans influence sur la sécrétion sudorale

Nº	Nom	Age	Sexe	Etat clinique	Région explorée	Sudation			
						Point de Rosée	Confluence	Degré de l'erythème provoqué	Répartition des points sudoraux
1	T. J.	32	F	Syphilis ancienne	Face antérieure de Pajot	10″	1′30″	Franc	Régulière
2	T. J.	»	»	»	Bord cubital de la main	15″	45″	Franc	Légèrement irrégulière
3	T. J.	»	»	»	Flanc droit	25″	1′20″	Franc	
4	W. F.	43	F	Ovariotomisée	Face antérieure du poignet D.	5″	1′	Franc	Très régulière
5	S. J.	45	F	Adénopathie ancienne du cou	Face antérieure du poignet G.	Immédiat	1′	Franc	Très régulière
6	J.	[illegible]	M	Sujet sain	Face antérieure [illegible]	15″	1′30″	Franc	Très régulière
7	R. A.	19	M	Bacillose pulmonaire et linguale	Face antérieure du poignet D.	6″	1′30″	Franc	Très régulière
8	L. L..	30	M	Sycosis de la moustache	Face antérieure du poignet D.	6″	1′5″	Franc	Très régulière
9	J.	28	M	Sujet sain	Face antérieure du poignet D.	5″	1′15″	Franc	Très régulière
10	B. A..	35	M	P. G.	Face antérieure de l'avant-bras droit	Sudation	rapide	Franc	Régulière
11	B. A..	»	»	»	Dos de la main droite	Sudation	rapide	Franc	Très régulière disposée en petits éléments fins
12	L.	72	M	Epithélioma de l'oreille	Face antérieure du poignet G.	25″	1′40″	Franc	Inégale, gros et petits éléments
13	L. L..	10	F	Pelade	Face antérieure du poignet	12″	1′20″	Franc	Peu abondante
14	K. M..	12	F	Pelade	Poignet droit	15″	1′	Franc	Régulière
15	O. D..	14	F	Sujet sain	Face antérieure du poignet	12″	1′15″	Peu marqué	Très régulière
16	G. R.	49	M	Sujet sain	Face antérieure du poignet G.	5″	1′10″	Franc	Très régulière

anesthésiés. Nous avons constaté la suppression de la sudation provoquée là où la sensibilité était nulle. A titre d'exemple, nous reproduisons l'observation suivante :

Ab... L., 37 ans. En traitement pour un épithélioma de la face. Ionisation de cocaïne à la face antérieure de l'avant-bras gauche. 50 milli-ampères-minute. Le passage du courant est perçu normalement. Léger érythème et anesthésie superficielle de la région ionisée. On fait alors sur la même région une ionisation de pilocarpine (50 milli-ampères-minute). Le passage du courant est bien perçu. Erythème franc. La sudation se produit normalement en peau saine, encadrant l'aire ionisée où la sudation est faible et irrégulière. La sensibilité de la zone ionisée tend à reparaître rapidement. 40 minutes après, la sensibilité est presque revenue, sauf au centre où la sudation est encore diminuée. Donc fonction sudorale et sensibilité marchent de pair dans ce cas.

Recherche de la sécrétion sudorale après section nerveuse.

L'expérimentation physiologique sur l'animal a montré que la section d'un nerf sciatique supprime la sudation dans le territoire privé d'innervation.

M. Bourguignon nous a dit avoir pu contrôler cet arrêt de la transpiration chez un blessé atteint de section nerveuse traumatique en utilisant notre méthode d'investigation. Cette observation très intéressante fera l'objet d'une publication particulière de M. Bourguignon.

*
* *

Ces résultats de l'ionisation locale de pilocarpine nous semblent confirmer l'existence de centres périphériques secrétoires coexistant avec les centres médullaires et encéphaliques. Dans nos observations, comme dans les expériences physiologiques, le fonctionnement des centres sécrétoires périphériques nécessite l'intégrité du tronc ou du rameau nerveux qui innerve la région étudiée. La section du nerf, comme l'inhibition de ce nerf, empêche l'action excito-sécrétoire de la pilocarpine.

Exploration de la sécrétion sudorale dans la névrite lépreuse.

Nos recherches ont porté sur un grand nombre de sujets atteints de maladie de Hansen. Après avoir vérifié nos constatations

précédentes sur les territoires de peau d'apparence saine, nous avons recherché les modifications de la sudation au cours de diverses manifestations externes de la maladie : tubercules et leurs cicatrices, taches dyschromiques avec ou sans modification de la sensibilité, zones cutanées atteintes d'anesthésie ou de dissociation syringomyélique.

Pour rester dans le cadre de cette étude, nous ne retiendrons ici que les recherches concernant la peau d'aspect normal ou atteinte seulement d'altérations banales, mais présentant des modifications de la sensibilité tactile, douloureuse ou thermique, c'est-à-dire pouvant prêter à confusion avec la syringomyélie. Bien entendu, chez tous ces malades, le diagnostic de lèpre était rendu certain, soit par la constatation directe du bacille de Hansen dans le mucus nasal, soit par la coexistence de lésions tégumentaires non douteuses.

Après avoir cité quelques observations caractéristiques, nous résumerons en un tableau l'ensemble de nos expériences sur les malades lépreux.

M. M... Auguste 46 ans.

Lèpre mixte en période d'accalmie. Pas de fièvre actuellement, bon état général, appétit. Cependant, il existe sur la face postérieure des avant-bras un certain nombre de gros tubercules de teinte bronzée dont quelques-uns sont ulcérés.

Les nerfs cubitaux sont gros, durs, inégaux sur une grande hauteur, particulièrement à droite, avec hyperesthésie au palper et douleurs lancinantes à droite. Sur les régions fessières, on constate des taches très bistrées à peau ridée et flétrie. Griffes cubitales très accusées avec amyotrophie des éminences thénars et hypothénars et des interosseux dorsaux. Insensibilité absolue au froid, au chaud, à la piqûre sur les mains et les avant-bras.

Le nez est effondré, petites épistaxis, croûtes. Pas de cils ni de sourcils. Etat saumoné des conjonctives bulbaires. Les cornées sont légèrement troubles d'une façon uniforme ; le malade lit aisément mais se plaint d'hyperesthésie à la lumière, au vent, obligeant au port de lunettes fumées. La voix est claire et la muqueuse bucco-pharyngée ne présente aucune lésion. Les deux testicules sont très atrophiés, réduits au volume d'une amande et très durs.

Le malade a vécu en France jusqu'à son service militaire qu'il a fait entièrement à Tunis même (1904 à 1906). Il ne peut donner aucune indication étiologique sur les sources de contagion. Il est revenu en France en octobre, aussitôt après sa libération, en parfait état de santé.

Il se marie trois ans après a une jeune fille actuellement bien portante, sur laquelle après examen, nous ne constatons aucun signe de lèpre.

Notons que les premiers signes de la maladie de Hansen sont apparus chez M... en 1914 sous forme de taches rougeâtres insensibles.

Nous avons fait le 31 janvier 1930 une ionisation de pilocarpine de 50 milli-ampères-minute sur le dos de la main gauche sur une région où l'insensibilité thermique et douloureuse sont absolues. Le résultat a été : pas d'érythème, sudation retardée et très diminuée, inégalement répartie. L'examen du mucus nasal, pratiqué le 3 février 1930, avait montré de très nombreux bacilles.

Mme M... Lèpre à manifestations nerveuses et maculaires. Violentes douleurs de névrite des membres supérieurs survenant à l'occasion des règles. Actuellement crise intense au bras gauche.

10 juillet 1929. — Ionisation de pilocarpine sur un point de l'avant-bras gauche, bord cubital, à la partie moyenne, 7 milli-ampères pendant 8 minutes. En ce point la sensibilité thermique au froid et au chaud est totalement perdue. Le passage du courant n'est pas perçu. Après ablation de la crème on constate un érythème franc. L'application du papier à cigarette ne montre après 4 minutes aucun pointillé sudoral mais seulement de larges taches huileuses diffuses. Vingt minutes après, pas la moindre trace de sueur. La suppression est donc totale.

A titre de contre-épreuve une ionisation de pilocarpine a été faite sur l'omoplate gauche en un point où la sensibilité est à peu près normale. Huit milli-ampères pendant 7 minutes. La malade sent le passage du courant. Même érythème que dans le cas précédent. Ponctuations sudorales nombreuses apparaissant rapidement et assez régulièrement réparties ne laissant pas d'aires sèches d'étendue notable. La sécrétion sudorale est donc parfaitement conservée.

M. X... Lèpre fruste à forme nerveuse. Parésie du cubital à la main droite. Au repos le cinquième doigt se met en griffe. Atrophie de l'éminence hypothénar. Hypoesthésie à la piqûre de l'éminence hypothénar et du domaine du cubital à la face dorsale de la main. Anesthésie sur tout le cinquième doigt. Le cubital droit est un peu douloureux au poignet, avec renflement fusiforme continué par une série de petits nodules en chapelet, Le côté gauche ne présente aucun trouble fonctionnel ou trophique mais le cubital est gros. Le malade présente à la région lombaire une tache maculo-pigmentaire avec dissociation syringomyélique. Un frère cadet est mort lépreux. Signalons l'existence d'une syphilis ancienne soignée n'ayant pas donné lieu à des accidents secondaires.

L'examen électrique a porté sur les principaux muscles innervés par le cubital à droite et à gauche et sur le biceps droit.

Cet examen électrique a été fait de la façon la plus complète au point de vue des réactions qualitatives et de la recherche des chronaxies par M. Bourguignon. Ses conclusions sont les suivantes :

Dégénérescence partielle étendue au cubital des deux côtés et du médian du côté droit. Les troubles cliniques sont actuellement moins étendus que les lésions réelles.

L'examen électrique confirme donc l'atteinte bilatérale avec localisation exclusive dans le cubital des deux côtés et le médian droit (1).

Expérience de la sudation par la pilocarpine :

« Suivant la technique mise au point par MM. Jeanselme et Giraudeau j'ai alors étudié la sudation provoquée par l'ionisation de pilocarpine... Courant de 5 milli-ampères pendant 10 minutes. Résultat des diverses expériences :

1° Sur la région de peau saine de la région lombaire : sudation normale en 30 secondes;

2° Sur la région de peau saine de l'avant-bras : sudation normale en 30 secondes ;

3° Sur l'éminence hypothénar gauche : sudation en 30 secondes mais très peu abondante.

Sur les régions anesthésiques :

1° Eminence hypothénar droite : absence totale de sudation même au bout de trois minutes. La rougeur développée par le passage du courant est peu marquée et disparaît très rapidement.

« Conclusions : on trouve donc des résultats conformes à ceux que MM. Jeanselme et Giraudeau ont trouvés dans les cas de lèpre ».

Mlle An... Catherine. Lèpre à manifestations nerveuses et maculaires.

6 décembre 1929. — Ionisation de pilocarpine. Dix milli-ampères pendant 5 minutes sur la face antérieure de l'avant-bras en un point où l'on n'aperçoit aucune modification de la peau et où il n'y a jamais eu de tache, mais où les sensibilités thermiques et douloureuses sont très émoussées. L'ionisation produit une rubéfaction franche avec suspension complète de la fonction sudorale. Nous ferons remarquer qu'une piqûre profonde faite pour explorer la sensibilité sur la zone anesthésiée n'a

(1) La chronaxie est profondément modifiée. Les chiffres normaux des muscles de la main étant 0,26 à 0,36, les résultats expérimentaux ont fourni des chiffres allant de 0,32 à 5,6.

Tableau résumant les autres expériences faites sur les lépreux (Courant constant de 50 M. A. M.)

Nº	Nom	Age	Sexe	Date	Forme clinique de la maladie	Région explorée	Troubles de sensibilité	Etat local	Degré d'érythème provoqué	Sudation
1	Duq.	57	M.	14-3-30	Lèpre mutilante. Griffe cubitale. Nombreuses infiltrations lépromateuses. Tache anesthésique	Poignet droit face palmaire	Abolition totale des sensibilités thermique et douloureuse	Peau atrophiée, ridée, flétrie	Franc	Suspension totale
2	Pag.	19	F.	20-2-29	Forme mixte en période d'inactivité. Grands troubles de sensibilité. Dissociation syringomyélique. Hypertrophie cubitale	Dos de la main droite	Pas de sensibilité tactile, pas de sensibilité thermique, pas de sensibilité à la douleur	Peau ridée, sénile	Très léger	Suspension totale
3	»	»	»	»		Dos de la main A cheval sur une zone sensible et insensible			Franc sur la région sensible. Nul sur le terrain anesthésié	Inégale sur la région sensible. Nulle sur la rég. anesthésiée
4	Tur.		M.		Lèpre cutanée et nerveuse	Dos de la main droite	Insensibilité totale. Le courant électrique n'est pas perçu	Atrophie. Epaississement épidermique		Très lente. Irrégulière sans orifices glandulaires précis
5	Mal.					Dos de la main gauche	Sensibilités au chaud, au froid et à la douleur abolies	Normal	Absence	Très diminuée, retardée et irrégulière
6	Quié.	22	F.	28-3-30	Lèpre anesthésique	Poignet G. face palmaire	Anesthésie à tous les modes	Normal	Franc	Très rare et très lente
7	»	»	»	»		Poignet D.	Sensations thermique et douloureuse bien perçues	Normal	Franc	Pointillé serré. Point de rosée 5″ Fusion 1′
8	And.		F.		Lèpre nerveuse et maculaire	Avant-bras face antérieure	Sensibilité thermique et douloureuse très émous[illegible]	Normal	Franc	Suspension totale
[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible] main gauche	[illegible]	[illegible]	[illegible] béfaction	[illegible] quelques points sudoraux irréguliers
11	»		»	»		Main droite centre de la face dorsale	Anesthésie absolue	Normal	Erythème très faible	Très tardif. Nombreux points minuscules
12	Am.	59	F.		Lèpre surtout maculeuse	Pied droit devant la malléole externe	Sensibilité thermique très obtuse	Normal	Pas d'érythème	Sudation très imparfaite
13	Maest.			2-5-30	Lèpre nerveuse. Névrites cubitales très douloureuses	Avant-bras G. Face antérieure	Sensibilité très altérée	Normal	Franc	Très rare et très retardée
14	»			»		Avant-bras gauche	Sensibilité thermique et à la piqûre très obtuse	Normal	Franc	Retard très accentué et irrégularité
15	»			10-7-29		Avant-bras gauche. Bord cubital	Névrite très douloureuse. Sensibilité thermique abolie. Le courant n'est pas perçu	Normal	Franc	Suppression totale
16	Erav.	14	M.	15-11-29	Lèpre maculeuse et nerveuse chez un métis	Dos de la main droite près du bord cubital	Perte totale de la sensibilité thermique et douloureuse	Normal	Légère rubéfaction	Suppression totale
17	Tur.		M.		Lèpre cutanée et nerveuse	Main droite. Face dorsale	Insensibilité complète	Peau ridée atrophiée. Succulence de l'hypoderme		Sudation très lente sans orifices glandulaires précis
18	Bel.	17	F.	21-2-30	Lèpre tuberculeuse et nerveuse	Main droite. Bord cubital	Très grosse modification de la sensibilité thermique. Perte totale de la sensibilité à la piqûre	Normal	Franc mais réticulé	Points sudoraux en nombre infime apparaissant très tardivement
19	Seg.		M.	11-29	Lèpre nerveuse fruste et maculaire. Névrite du cubital	Main droite. Emin. hypothénar	Hypoesthésie	Normal	Faible	Absence totale de sudation
20	»		»	»	Examen de M. Bourguignon	Main gauche. Emin. hypothénar	Sensibilité normale	Normal		Sudation en 30″ (très peu abondante)
21	»		»	»		Avant-bras	Sensibilité normale	Normal		Normale en 30″
22	Pic. Ant.	33	M.	17-10-30	Lèpre tuberculeuse et nerveuse	Main droite. Face dorsale	Thermo anesthésie et sensibilité douloureuse émoussée par îlots	Normal	Régulier	Ilots de sudation et zones sèches

donné qu'une humeur aqueuse et non du sang. L'épreuve du papier à cigarette est renouvelée vingt minutes après l'arrêt de l'ionisation et ne montre toujours pas de sudation. Il y a donc bien arrêt de la fonction sudorale et non pas simple retard. Une application de sinapisme (papier Rigollot de 5 × 5) faite en une région voisine du point ionisé où la sensibilité est très émoussée ne fait pas rougir la peau alors que sur le territoire électrisé la rubéfaction est toujours très vive.

Pic... Ant., 33 ans, originaire du Brésil (service de M. le professeur Gougerot).

Apparition des premières manifestations hanséniennes à l'âge de 4 ans. Actuellement nombreux tubercules caractéristiques à la face et aux poignets. Hyperchromie diffuse et peu accusée sur le tronc, la région médio-sternale paraissant seule avoir conservé sa couleur normale. Hypersécrétion sébacée. Le malade dit n'éprouver de troubles de sensibilité qu'à la face dorsale des deux mains.

Nous constatons :

Face dorsale de la main droite : existence d'une bande de thermo-anesthésie très caractérisée avec retard des perceptions. La sensibilité à la piqûre est émoussée ainsi que la sensibilité au contact. Les troubles sensitifs sont du reste très variables dans leur intensité et disposés par îlots sans homogénéité.

17 octobre 1930. — Ionisation de pilocarpine 50 milli-ampères-minute. Le passage du courant n'est pas perçu. Les secousses galvaniques sont ressenties. Erythème régulier modéré.

Sudation très irrégulière et faible sauf en un petit îlot d'un demi-centimètre carré de surface environ où la sudation est abondante et régulière. Une piqûre d'épingle faite à ce niveau exact est perçue beaucoup plus fortement que dans la zone voisine où la sudation est presque inexistante.

Il résulte de ces diverses expériences que la fonction sudorale subit de profondes modifications dans la maladie de Hansen.

Les expériences 20 et 21 nous montrent que la sudation est parfaite sur les territoires cutanés ne présentant aucun trouble de la sensibilité.

Toutes les autres observations nous prouvent que la transpiration est profondément altérée lorsqu'il existe des troubles de sensibilité. Le degré de cette altération est naturellement variable et peut aller de l'anhidrose complète à une simple diminution de quantité ou de répartition de la sueur.

Nous avons tenu grand compte de l'état local de la peau qui, sans présenter de lépromes ou de taches hanséniennes dont nous

réservons l'étude pour un travail ultérieur, est souvent atrophiée et amincie, quelquefois, au contraire, épaissie et succulente. Ces modifications anatomiques pouvant influer sur l'état des glandes (col. 9 du tableau), nous ne faisons état ici que des observations où l'épiderme nous est apparu normal. Dans les expériences 8, 9, 15, 16, 19, nous avons constaté une suppression totale de la sudation. Dans les autres, ses modifications sont plus ou moins grandes.

Le degré de la réaction sudorale ne marche pas toujours de pair avec celui de la sensibilité.

Alors que l'observation 9 nous montre une anesthésie absolue coïncidant avec une anhidrose totale, l'observation 8 nous révèle la même anhidrose totale, mais avec sensibilité thermique et douloureuse seulement émoussée, et inversement l'observation 17 signale une insensibilité complète avec sudation simplement altérée.

Quant à l'érythème, dû à la vaso-dilatation produite par la pilocarpine et le courant électrique, il paraît tout à fait indépendant de l'existence ou de la suppression de la sudation.

Tout ceci prouve que la sécrétion sudorale est un phénomène particulier et autonome qui mérite d'être étudié à part à côté des autres réflexes cutanés.

Cette dissociation entre la sudation et la vaso-motricité est confirmée par l'expérimentation sur l'animal. On sait, en effet, que l'excitation périphérique du sciatique produit une vaso-constriction avec sudation et que l'injection d'atropine ne supprime pas l'hyperhémie tout en arrêtant la transpiration.

L'observation n° 22 met en évidence l'extrême complexité des lésions nerveuses dans la névrite lépreuse. Les îlots de sensibilité et d'anesthésie forment une mosaïque irrégulière, la pointe de l'aiguille tombant tantôt sur un point où la piqûre est douloureuse, tantôt sur une zone complètement indolore. Les modifications de la sensibilité thermique demandent à être recherchées avec des tubes chauds ou froids de petite surface sous peine de donner des résultats tout à fait dispaaates par suite du chevauchement de deux zones contiguës saines et malades. Nous constatons pareillement que la sécrétion sudorale n'est pas homogène. L'image des points sudoraux matérialise pour la vue le désordre de l'innervation sous-cutanée. Celui-ci d'autre part est prouvé par les enseignements de l'anatomie pathologique qui nous montre côte à côte dans les nerfs périphéri-

ques des cylindres-axes, les uns normaux et les autres profondément altérés.

Exploration de la sécrétion sudorale dans la syringomyélie.

Nous avons examiné à la Salpêtrière, grâce à l'obligeance de MM. Crouzon, Guillain et Bourguignon 14 malades atteints de syringomyélie ou de syndromes thalamiques.

Nous reproduisons ci-dessous deux observations parmi les plus caractéristiques, les autres sont résumées sous forme d'un tableau.

G... Louise, syringomyélie (service du docteur Crouzon).

Syringomyélie et syringobulbie avec arthropathie des coudes et des mains.

17 juillet 1929. Ionisation de pilocarpine en un point de la face postérieure de l'avant-bras gauche où les sensibilités thermiques et douloureuses sont abolies et la sensibilité tactile légèrement émoussée. Le courant électrique n'est pas perçu. Après l'ionisation, érythème accusé. Rapidement pointillé, sudoral, très fourni, sans plages arides.

23 mai 1930. Expérience de contrôle sur la face antérieure de l'avant-bras gauche. Le tact et la sensation de pression sont conservés. Analgésie et thermoanesthésie totale. Ionisation de pilocarpine 50 milli-ampères-minute. La malade perçoit la secousse galvanique de rupture du courant. Erythème franc avec horripilation pilaire sur la région ionisée Point de rosée en 15″. La production sudorale est lente, mais régulière ; la confluence des points se fait en deux minutes. Une heure après l'ionisation, l'érythème est encore très net. La rosée sudorale apparaît en 25″, mais la confluence ne se produit plus. Il est vraisemblable que la pilocarpine a épuisé son action.

A... Eugène. Service de M. le Prof. Guillain.

Syringomyélie lombo-sacrée. Affection mutilante des membres inférieurs. Aux membres inférieurs, la sensibilité au contact et à la douleur est conservée. Retard important des perceptions thermiques.

7 juillet 1929. Ionisation à la face interne du cou-de-pied droit en un point où les irrégularités de la sensibilité thermique sont maxima. Le malade ne sent pas le courant. Absence totale d'érythème. Sudation très rapide et normale.

23 mai 1930. Expérience de contrôle portant sur le versant externe du pied droit en un point où les troubles de sensibilité sont très accusés. Sensibilité à la douleur très émoussée. Sensation de froid prise pour le chaud. Sensation de chaleur disparue. La sensibilité tactile est conservée. La peau est pigmentée et a été le siège d'une poussée pseudo-phlegmoneuse du type panaris de Morvan.

50 milli-ampères-minute. Pas d'érythème. Point de rosée en quelques secondes. Confluence des points en 35″.

L'examen de toutes ces observations montre que dans la syringomyélie, affection nerveuse médullaire, la fonction sudorale est normale ou très peu modifiée malgré des troubles de sensibilité très importants allant de la dissociation syringomyélique simple jusqu'à l'anesthésie totale.

Comme dans la maladie de Hansen, nous constatons que vaso-dilatation et sudation sont indépendantes les unes des autres.

Dans le cas suivant, qui nous a été obligeamment communiqué par M. Sézary, le diagnostic entre une hydromyélie et une lèpre tropho-neurotique et mutilante ne put être établi qu'après un examen clinique prolongé :

Ab... F., âgé de 18 ans.

Début de la maladie à l'âge de deux ans par des mutilations des pieds. A dix ans déformation en griffes des deux mains.

Une sœur, aujourd'hui décédée, était atteinte d'une affection analogue.

Etat actuel. — Disparition presque complète des cinq orteils droits et du gros orteil gauche.

Des ulcérations à évolutions traînantes apparaissent, par intermittences, sur les moignons des avant-pieds et aux mains.

Attitude en griffes très prononcée aux mains, moins accusée aux pieds.

Atrophie musculaire généralisée. Force musculaire conservée. Aucune paralysie. Hypotonie marquée.

Réflexes tendineux abolis. Réflexes cutanés et pupillaires normaux.

Aucun trouble subjectif de la sensibilité.

Zone d'anesthésie aux trois modes à l'extrémité des quatre membres, surmontée d'une zone segmentaire atteignant les genoux et les coudes où il n'existe que de la thermo-analgésie.

Sensibilité profonde normale (diapason ; sens stéréognostique ; sensibilité viscérale).

Cypho-scoliose légère.

Aucune manifestation cutanée pouvant être considérée comme de nature lépreuse.

Pas d'hypertrophie des nerfs cubitaux.

Pas de bacilles acido-résistants dans les sécrétions du nez et des ulcérations.

M. Sézary conclut à l'existence d'une hydromyélie. Or, toutes les recherches d'ionisation de pilocarpine que nous avons pratiquées ont été en parfait accord avec le diagnostic clinique.

Tableau résumant nos expériences sur les syringomyéliques (Courant constant de 50 M. A. M.)

Nº	Nom	Age	Sexe	Date	Forme clinique de la maladie	Région examinée	Sensibilité	Etat local	Degré d'Erythème provoqué	Sudation
1	Cr.	63	F.		Syndrome pseudo-thalamique hémihypoanesthésie droite	Avant-bras droit face dorsale	Perte de la sensibilité douloureuse, thermique et électrique. Tact conservé	Peau normale	Faible	Pointillé sudoral net et régulier
2	Gir.	55	F.	17-7-29	Syringomyélie et syringobulbie. Arthropathie du coude et des mains	Avant-bras gauche	Sensibilités douloureuse et thermique abolies. Tact conservé	Normal	Franc	Pointillé sudoral rapide et bien fourni
3	»	»	»	»		Eminence hypothénar G.	Sensibilités tactile, douloureuse, thermique et électrique abolies	Epiderme épaissi	Faible	Transpiration faible mais existante
4	»	»	»	29-6-30		Face antérieure de l'avant-bras G. à mi-hauteur	Analgésie et thermo anesthésie totales. Tact conservé	Normal	Franc	Sudation normale. Point de rosée en 15″. Confluence en 2′
5	Jac.	48	M.	17-7-29	Syringomyélie	Avant-bras gauche	Sensibilités thermique et douloureuse abolies. Tact et sensation électrique conservés	Normal	Modéré	Normale
6	Char.	26	M.	17-7-29	Syringomyélie	Avant bras G. face postérieure	Sensibilité thermique abolie. Sensibilité douloureuse émoussée	Normal	Modéré	Sudation immédiate
7	Lac.	48	M.	17-7-29	Syringomyélie	Avant-bras G. face posté-[illegible]	Dissociation syringomyélique par-[illegible]	Normal	Franc	Pointillé sudoral typique
8	Bod.	49	F.	17-7-29	Syringomyélie	Bras G. face antéro-externe	Sensibilités thermique et douloureuse abolies	Normal	Franc	Normale. Ponctuation serrée, équidistante
9	Mor.	52	F.	24-6-29	Syringomyélie cervicale. Amyotrophie de la ceinture scapulaire	Fosse sus-épineuse gauche	Sensibilités tactile, thermique, douloureuse, électrique actuellement existantes après avoir été signalées disparues	Atrophie musculaire considérable	Modéré	Normale. Pointillé régulier, mais discret
10	Bab.	28	M.	24-6-29	Hémiplégie cérébrale infantile gauche. Syringomyélie avec arthropathie	Poignet droit face externe	Sensibilité thermique et douloureuse très altérée. Tact et sensation électrique conservés	Normal	Modéré	Absence de sudation
11	»	»	»	31-6-29		Avant-bras droit bord externe		Normal	Franc	Pointillé normal rapide et régulier
12	»	»	»			Avant-bras gauche	Sensibilité thermique et douloureuse altérée Erreur sensitive. Tact et sensibilité électrique conservés	Peau normale. Atrophie musculaire	Franc	Sudation rapide et régulière
13	Can.	32	F.	24-7-29	Syringomyélie avec paraplégie spasmodique	Avant-bras droit face dorsale	Dissociation syringomyélique parfaite	Peau hypotomique et succulente	Très faible	Très lente mais régulière sans aire sèche
14	Dour.	60	F.	24-7-29	Syringomyélie. Grosse déformation atrophique des mains. Etat spasmodique des membres inférieurs	Avant-bras droit face dorsale	Sensibilité, tact et douleur normales. Sensibilité thermique éteinte	Normal	Franc	Régulière sans retard
15	Né.			24-7-29	Syringomyélie avec paraplégie en flexion. Griffe cubitale	Avant-bras droit face dorsale	Sensibilité tactile intacte, douloureuse atténuée thermique atténuée et retardée. Sensation électrique non perçue.	Normal	Franc	Pointillé sudoral abondant mais un peu tardif

Nº	Nom	Age	Sexe	Date	Forme clinique de la maladie	Région examinée	Sensibilité	Etat local	Degré d'Erythème provoqué	Sudation
16	Né.			23-5-30		Main droite face dorsale	Sens tactile conservé. Sensibilité douloureuse supprimée. Thermique très altérée. Electrique non perçue	Normal	Faible	Normale. Point de rosée en 15″. Confluence en 1′
17	Cad.	46	M.	31-7-29	Syndrome thalamique. Hémiplégie en 1925 avec persistance de troubles de sensibilité	Avant-bras gauche	Sensibilités thermique, douloureuse et tactile presque abolies. Ne sent pas le courant	Normal	Très léger	Beau pointillé sudoral, très régulier, un peu retardé
18	Varr.	63	F.	7-8-29	Hémi contracture et hemi anesthésie droite avec tremblement Parkinsonnien	Avant-bras droit au-dessus du poignet	Très grands troubles de la sensibilité thermique. Sensations tactile et douloureuse abolies	Normal	Franc	Transpiration régulière d'abondance moyenne
19	Ag.	38	M.	7-8-29	Syringomyélie lombo-sacrée. Affection mutilante du membre inférieur	Face interne du cou-de-pied droit	Retard très important de la sensation thermique. Sensibilité tactile et douloureuse conservée	Normal	Nul	Normale, très rapide
20	»	»		23-5-30	»	Pied droit face externe	Sensibilité thermique très altérée	Peau pigmentée ayant été le siège d'une suppuration (panaris de Morvan)	Nul	Normale et rapide. Point de rosée en quelques secondes. Confluence en 35″
21	»	»		»	»	Main gauche face dorsale	Sensibilité douloureuse émoussée. Sensibilité thermique perçue. Sensation électrique très forte	Normal	Très net	Rosée sudorale très nette

Recherche de la sécrétion sudorale dans le zona.

On sait que que les altérations anatomiques de l'herpès zoster se rencontrent principalement dans les ganglions radiculaires et non pas dans les nerfs périphériques. Or, dans trois cas de zona que nous avons soumis à l'ionisation de pilocarpine, la sudation s'est effectuée normalement, malgré les troubles importants de sensibilité cutanée, dans tous les points où la peau ne présentait pas de tissu cicatriciel.

L... Eugène, 72 ans.

Zona très douloureux en mai 1929.

8 novembre 1929. Le malade présente au niveau de la demi-ceinture dorso-lombaire droite une zone mouchetée de cicatricules lisses, un peu déprimées, légèrement décolorées encadrées d'une zone hyperpigmentée. Au niveau de la bande de zona la peau est le siège de grands troubles de la sensibilité thermique. La sensibilité tactile est abolie. La sensibilité à la douleur est très atténuée.

Ionisation de pilocarpine 50 milli-ampères-minute sur une aire où se trouvent des cicatricules et des zones de peau normale avec troubles de sensibilité.

Vif érythème, uniforme. Sécrétion sudorale normale, sauf au niveau des cicatricules.

F... Sylvain, 56 ans. Zona intercostal ayant débuté le 25 juillet 1929. Large bande contournant l'hémithorax à sa partie moyenne, constituée par des groupes pigmentaires sans aspect cicatriciel.

Crises douloureuses très fréquentes.

13 décembre 1929. La sensibilité tactile est très diminuée.

La sensibilité thermique est pervertie, abolie ou retardée. La sensibilité à la douleur est très atténuée.

Ionisation de pilocarpine 50 milli-ampères-minute. Rubéfaction intense. Sudation normale.

M... Jean (observation recueillie en collaboration avec M. Yves Bureau).

Ancien zona thoracique gauche datant de septembre 1922.

26 novembre 1928. Hypoesthésie à la piqûre. Sensations thermiques diminuées.

Injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine (un centigramme). Une demi-heure après, sudation très abondante sur tout le corps, y compris les territoires paresthésiés.

Conclusions.

De toutes nos expériences de sudation provoquée localement par l'ionisation de pilocarpine nous pouvons déduire les conclusions suivantes :

1° Dans les territoires cutanés d'apparence normale où la sensibilité à tous ses modes est intacte, la sécrétion sudorale se produit rapidement et régulièrement.

2° Dans les régions où la sensibilité est plus ou moins altérée, la sécrétion sudorale s'est montrée très variable. Dans une première série d'expériences elle n'a pas pu être provoquée ou, tout au moins, s'est montrée très faible et irrégulière. Ce sont toutes les observations faites sur des lésions des nerfs périphériques, section nerveuse, inhibition locale d'un nerf par la cocaïne, névrite et en particulier névrite lépreuse.

Dans une deuxième série d'expériences, malgré une insensibilité quelquefois totale de l'aire ionisée, la sudation a été normale. Il s'agissait toujours d'affections ayant pour siège les ganglions radiculaires, l'axe médullaire ou le thalamus.

Notre exploration de la sudation ne conduit en définitive qu'à un diagnostic différentiel entre une névrite et une altération située dans les ganglions radiculaires ou l'axe médullaire.

Mais, quand il s'agit d'un cas de lèpre nerveuse ou de syringomyélie, le diagnostic topographique équivaut à un diagnostic étiologique puisque, de ces deux maladies, l'une occupe toujonrs les nerfs périphériques et l'autre les centres nerveux.

BIBLIOGRAPHIE

E. Jeanselme, R. Giraudeau et Y. Bureau. — *Festkrift til overlaege. Dr. med. H. P. Lie* 18 décembre 1927 ; *Medicinsk Revue*, Bergen, octobre-novembre 1927.

E. Jeanselme, R. Giraudeau et Y. Bureau. — *Deuxième Congrès Yougoslave de dermatologie*, Belgrade, 1928.

E. Jeanselme, R. Giraudeau et Y. Bureau. — Séance inaugurale de la réunion dermatologique de Lyon. *Bull. de la Soc. fr. de Dermat. et de Syph.*, janv. 1929.

R. Giraudeau. — *Archives dermato-syphiligraphiques*, t. I, fasc. II.

L'ECZÉMA DES BUCHERONS

Par W. DUBREUILH.

Dans les *Annales de Dermatologie* de février 1929, M. Longin a publié sous le titre de « Triade éruptive due aux essences forestières » une excellente étude d'une éruption professionnelle assez commune mais fort peu connue. Il est revenu sur ce sujet tout récemment dans une communication à la Réunion dermatologique de Lyon du 17 avril 1930. Cette éruption avait été signalée par M. Spillmann à la Réunion dermatologique de Strasbourg en mai 1921, et dès la même époque j'en avais remarqué quelques cas. Je puis donc confirmer pleinement et de tout point la description clinique de M. Longin, mais le titre qu'il a pris prête un peu à la critique.

Le fait d'atteindre simultanément et presque exclusivement les mains, la face et les organes génitaux, n'a rien de caractéristique ou de spécial, car cette triple localisation se retrouve dans nombre de toxidermies externes, de même aussi que la fréquente intégrité relative des mains. Les mains, qui sont seules ou principalement en contact avec le poison, peuvent réagir fort peu et seulement dans les espaces interdigitaux, tout en servant de vecteur. Elles portent l'agent irritant sur la face ou la verge dont la peau, très fine, réagit violemment.

M. Longin n'a pas osé qualifier sa dermatose d'eczéma. Il est certain qu'appeler eczéma une éruption d'origine externe eut soulevé mes vives protestations dans ma jeunesse. Nous vivions alors sous le règne des doctrines de Besnier, sinon de Bazin, l'eczéma était la manifestation d'une maladie générale, d'une intoxication d'origine interne ou d'un trouble nerveux et on le séparait soigneusement des dermites d'origine externe et locale quelle que pût être leur ressemblance objective.

Mais dans ces dernières années on a montré que bien des cas

d'eczéma, et en apparence des plus typiques, sont dus à des irritations chimiques répétées ou à des infections locales microbiennes ou mycosiques. Pendant un temps on a appelé dermites eczématiformes les éruptions dont la cause locale était connue, et eczémas les dermites dont la cause était inconnue. Il est temps de renoncer à cette équivoque et d'appeler eczéma un type d'éruption — assez variable, du reste — pouvant être dû à diverses causes dont les unes sont connues et les autres non.

Or, l'éruption décrite par M. Longin est un véritable eczéma et certainement, comme moi-même, il la qualifiait ainsi jusqu'au jour où il en a reconnu la cause. Elle procède souvent par poussées aiguës avec rougeur, prurit, vésiculation suivie de suintement et enfin de desquamation, ce qui est la description de l'eczéma aigu ; elle peut prendre la forme de l'eczéma chronique par répétition de la cause. C'est pourquoi, brûlant ce que j'ai adoré, je propose le nom d'eczéma.

L'éruption est provoquée par la manipulation du bois en grume et c'est l'écorce qui est ou contient l'agent irritant. Les planches ou la sciure de bois sont inoffensives, je ne parle pas, bien entendu, des éruptions causées par la sciure de certains bois exotiques, qui sont tout autre chose.

M. Longin incrimine le chêne ou le hêtre, un de ses malades avait été atteint après avoir coupé des acacias. La plupart de mes malades mettaient aussi en cause le chêne, mais ne parlaient pas du hêtre, qui n'existe pas dans ma région. L'un d'eux (Obs. VI) devait son éruption au châtaigner, seul bois avec lequel il fut en contact, et il faut remarquer que c'était des taillis de châtaigniers et des pousses de 8 ans, par conséquent à écorce jeune et lisse. Un autre, sensible au chêne, l'était aussi au platane, dont l'écorce est mince et lisse, nullement comparable à celle du chêne (Obs. I). Je n'ai pas vu de cas attribuable au pin, qui est pourtant l'essence dominante, et de beaucoup, dans ma région. D'autres malades, très sensibles au chêne, remarquaient qu'ils pouvaient impunément manipuler de l'ormeau ou du peuplier.

Il n'est pas nécessaire que le bois soit fraîchement abattu ; mon malade de l'observation VI fut atteint en débitant et transportant du bois coupé depuis un an et resté en plein air. A une seule exception près, tous les malades remarquent que le bois n'est nocif

que s'il est mouillé, c'est par les jours de pluie ou de brouillard qu'ils ont été atteints. Cela élimine l'hypothèse d'une éruption causée par les vieux nids de chenilles processionnaires du chêne, car ces nids ne font de poussière que s'ils sont secs et l'éruption de la processionnaire est une urticaire typique.

Ce n'est pas le travail en forêt qui est nocif, car le platane n'est pas un arbre de forêt et un de mes malades avait une poussée discrète, mais certaine, après avoir porté des bûches de son hangar à sa maison (Obs. III).

Le contact direct n'est pas indispensable puisque le scrotum ne peut être atteint qu'indirectement, mais il favorise l'éruption comme en témoignent les cas où les hommes ayant porté des bûches sur l'épaule droite ont vu l'éruption débuter et prédominer sur le côté droit du cou.

C'est surtout dans ces cas de contact direct que l'éruption est précoce, se produisant le soir même, mais en général ce n'est qu'au bout de un ou deux jours que la face dorsale des mains, la face et les organes génitaux se prennent en même temps. Dans quelques cas, il y a eu un mouvement fébrile qui dura deux ou trois jours.

Pour l'eczéma des bûcherons, comme pour toutes les toxidermies, le facteur susceptibilité personnelle est tout à fait prédominant. Cette susceptibilité est rare et peut être acquise, car plusieurs malades ne l'ont présentée qu'à un certain âge, après de nombreuses années d'immunité ; une fois établie, la susceptibilité est persistante et semble même quelquefois augmenter. D'autre part, elle peut être héréditaire ou familiale et dans le cas de Spillmann comme dans mon observation II, le père et le fils étaient tous deux atteints.

OBSERVATION I

Bernard L..., 36 ans, vient à la clinique le 23 février 1923 pour une éruption érythémato-squameuse diffuse occupant toute la face et le cou et qui date de trois jours.

Le lundi 19 février il a toute la journée, par un temps humide, porté sur l'épaule droite des billots de chêne couverts de leur écorce. Mardi matin, il ressentait au réveil une lassitude générale et un vague malaise. Il reprend son travail, mais à 9 heures il éprouve une vive cuisson au

visage et au cou la peau est rouge, chaude et douloureuse ; après une nuit d'insomnie, il reste au lit tout le mercredi, et le jeudi se sent mieux.

Le vendredi 23 février tout le visage est encore d'un rouge très accusé et uniforme depuis la lisière du cuir chevelu jusqu'au cou.

La peau est rouge, modérément infiltrée, recouverte de minces squames jaunâtres, adhérentes, lamelleuses aux paupières et sur le front, farineuses au cou. Sur les côtés de la bouche, l'épiderme craquelé forme de larges parenthèses luisantes qui tranchent sur le fond rouge vif. Quelques fissures croûteuses se trouvent dans les sillons naso-géniens, aux commissures labiales et palpébrales.

Le prurit et la tension douloureuse sont calmés.

Les deux avant-bras présentent quelques traces de grattage.

Le reste du tégument est intact.

Depuis son adolescence jusqu'en 1914, L... travaillait souvent pendant l'hiver dans les forêts de chênes sans avoir jamais présenté d'éruption.

En avril 1917, étant en permission à Saint-Palais (B.-P.), il alla travailler dans un bois de chênes à couper des arbres et à en porter les rondins couverts d'écorce sur l'épaule droite. Vers midi, il éprouva une violente cuisson et toute la figure devenait rouge, chaude, gonflée et suintante. Il s'alita pendant deux jours ; le troisième jour, le gonflement et la cuisson diminuèrent, mais la rougeur persista. Il alla à l'hôpital de Bayonne puis à l'hôpital 27 à Bordeaux où il fut guéri au bout de quelques jours.

En 1919, il fut embauché comme charpentier et travailla divers bois, mais en planches, et sans aucun incident.

A partir de 1920, il a travaillé à équarrir des poteaux de chêne et à porter des rondins de chêne couverts de leur écorce. Depuis cette époque, il a souvent eu à la base du cou, du côté droit, des boutons prurigineux accompagnés d'un suintement et qui guérissent en trois ou quatre jours.

Il ne peut dire si l'éruption est favorisée par l'humidité ou la sécheresse.

Quelques jours après sa visite, l'éruption n'étant pas complètement passée, le malade a repris son travail consistant à abattre, non plus des chênes, mais des platanes. Il s'est fait une nouvelle poussée aiguë sur la face et le cou, rougeur, gonflement et suintement, puis desquamation.

Il a été fait sur le malade lui-même quelques expériences d'application d'écorce de chêne pulvérisée, avec ou sans friction, sur les avant-bras et les creux poplités, mais sans aucun résultat.

OBSERVATION II

Jean B..., 67 ans, bûcheron, se présente le 19 février 1926 pour une éruption occupant la face et le scrotum et survenue depuis une semaine après une journée de travail dans des taillis de chêne où il a coupé et

scié du bois de chêne mouillé par une pluie persistante. Les jours précédents, il n'avait manipulé que du bois de pin. Au reste, il sait très bien que c'est au bois de chêne qu'il doit son éruption.

La première atteinte remonte à quatre on cinq ans, après avoir travaillé du bois de chêne, mais c'était en été et le bois était sec ; le scrotum fut seul atteint et l'éruption disparut au bout de quelques jours, bien que le malade continuât son travail. Pendant les années suivantes, il n'eut pas d'éruption, mais il ne manipulait que du bois de pin.

Un camarade qui travaille habituellement avec lui dans les bois n'a rien de semblable, mais deux autres hommes du village, le père et le fils, qui travaillent également dans les bois, ne peuvent pas toucher le bois de chêne sans être atteints d'une éruption semblable à la sienne.

La face est rouge dans son ensemble, elle n'est plus aussi gonflée qu'au début, mais est encore nettement infiltrée. Ses paupières sont œdématiées, le front est plissé, toute la surface est rugueuse et squameuse. La partie antérieure du cou est semée de points rouges et squameux.

Les mains et les avant-bras sont intacts.

Le scrotum est rouge foncé, luisant, plissé, parcheminé et squameux. Le fourreau de la verge est indemne, mais le prépuce est le siège d'un œdème mou qui forme un jabot.

L'érythème du scrotum est beaucoup plus prurigineux que celui de la face, qui n'est gênant que par l'œdème.

OBSERVATION III

M. B..., 40 ans, cultivateur, se présente le 10 avril 1929 pour une dermatose qui survient tous les hivers depuis cinq ou six ans.

Elle occupe généralement les mains, surtout la face palmaire des poignets, la face et les organes génitaux ; la dernière atteinte, qui remonte à deux mois, a aussi envahi les pieds, surtout les orteils et leurs interstices. Elle survient assez brusquement, partout à la fois, et dure deux ou trois semaines. La face est rouge et gonflée, les paupières surtout sont tuméfiées, il y a du suintement au début. puis une desquamation farineuse ; il en est à peu près de même dans les autres parties, mais avec moins de violence. L'éruption est fortement prurigineuse.

Le malade a lui-même remarqué que son éruption est due à la manipulation des bûches de chêne. La première atteinte, qui a été particulièrement forte, est survenue après qu'il avait lui-même abattu, débité et charroyé du bois de chêne. Depuis lors, il s'est abstenu de l'exploiter lui-même, mais le simple fait de porter des bûches de chêne de son hangar à sa maison suffit pour provoquer une éruption plus ou moins forte et toujours avec les mêmes caractères. L'éruption survient environ 48 heures après la cause provocatrice.

Seules les bûches de chêne sont nocives, l'ormeau ou le peuplier n'ont

aucune action. Le bois sec paraît plus nocif que le bois mouillé. L'éruption n'apparaît qu'en hiver et elle est généralement unique, mais il peut cependant y avoir parfois des rechutes dans le courant de l'hiver. Il a eu quelquefois quelques ébauches d'éruption en été, quand il a circulé dans les bois de chêne, mais il s'agit peut-être d'urticaire des processionnaires.

Il connaît deux voisins qui ont la même susceptibilité que lui et chez qui le bois de chêne provoque des éruptions semblables.

OBSERVATION IV

Jean G..., 30 ans, se présente le 4 février 1929 à la consultation du docteur David-Chaussé pour une dermite aiguë apparue depuis une dizaine de jours. Il travaillait depuis le 15 janvier avec son père et son beau-frère à couper des arbres, et notamment des chênes, dans un bois des environs de Langon. L'hiver est froid et sec, cependant, il y a eu un jour de pluie un peu avant le début de la maladie.

Il a commencé par sentir des démangeaisons des mains, du visage et des organes génitaux et l'on trouve actuellement une éruption érythémateuse occupant les mains, les avant-bras, la face, le scrotum et la verge,

Le début a été marqué par du gonflement et de la rougeur, suivis de suintement. Actuellement, la peau est rouge, chaude, rugueuse, craquelée au niveau des mains ; les paupières sont bouffies, le cuir chevelu est indemne. La verge, en battant de cloche, est rouge, lisse et luisante ; la peau du scrotum est craquelée et squameuse, le gland est indemne. Le prurit, très vif au début, s'est fort atténué.

Le 25 février, le malade, guéri en dix jours, ne présente plus aucune trace de son éruption.

OBSERVATION V

M. F..., 67 ans, officier en retraite, habitant la campagne, se présente en novembre 1929 pour une éruption eczémateuse et squameuse occupant la face, le cou et les poignets, datant d'une dizaine de jours et en voie de régression.

La maladie date de huit ans et procède par poussées intermittentes durant une quinzaine de jours et survenant surtout en été ; elles atteignent les mains, les poignets ou la face et souvent les deux. Elles sont occasionnées soit aux mains par la manipulation du bois de chêne, surtout mouillé, soit à la face par le port du voile pour la manipulation des abeilles. La poussée actuelle est survenue après avoir manié des bûches de chêne.

OBSERVATION VI

L..., propriétaire-cultivateur en Périgord, est venu me voir pour la première fois en janvier 1919 avec une éruption que j'ai qualifiée d'eczéma

rubrum, couvrant la face et la région génitale. Toute la face est d'un rouge foncé, gonflée, tendue, crevassée et squameuse, les paupières sont particulièrement œdématiées et ectropiées ; le scrotum est rouge et gonflé et la rougeur s'étend sur les cuisses ; les mains, prises en même temps, sont rouges et squameuses. Toute l'éruption est violemment prurigineuse. L'éruption date d'un mois, mais il en a eu plusieurs atteintes moins importantes depuis un an. Je lui donne des lotions d'eau de sureau et une pommade de zinc et goudron.

L'amélioration est rapide, mais il y a quelques petites rechutes pendant les années suivantes.

L... revient en novembre 1930 avec une violente poussée qui date d'un mois. Toute la partie supérieure de la face est le siège d'une dermite aiguë, la peau est d'un rouge foncé, gonflée, crevassée, desquamant en lamelles ; le scrotum et la verge sont également œdématiés, rouges et squameux ; les mains sont presque indemnes, sauf quelques papules dans les espaces interdigitaux, mais elles ont présenté plusieurs petites poussées depuis un mois.

Toutes ces lésions sont apparues en même temps et sont violemment prurigineuses.

L'éruption est apparue deux jours après avoir travaillé deux ou trois jours à débiter et rassembler des branches de châtaigniers abattues l'hiver précédent et restées sur le terrain. C'était un taillis de châtaigniers de 8 ans qu'il débitait en bois de chauffage et pendant ce temps il bruinait abondamment. L'éruption a persisté malgré qu'il ne soit pas retourné au bois. Comme il ne possède que des taillis de châtaigniers, il n'a pas l'occasion de toucher d'autres essences, mais il lui suffit de manipuler du bois mouillé, même à la maison, pour avoir dès le lendemain du prurit et de la rougeur dans les espaces interdigitaux.

Je lui ai fait mettre de la pâte de Lassar (vaseline 30, oxyde de zinc et amidon 15) et lui ai conseillé de ne plus faire le bûcheron et s'il touchait du bois mouillé de se laver les mains aussitôt et d'y passer de l'alcool pour enlever la toxine hypothétique.

LES PARAKÉRATOSES MICROBIENNES DU BOUT DES DOIGTS

Par R. SABOURAUD

Dorénavant, l'analyse systématique des Parakératoses est à l'ordre du jour en Dermatologie. Après qu'on eut séparé de la masse informe des anciens eczémas, les épidermites microbiennes suintantes ou humides qui y demeuraient confondues, il était naturel qu'on s'attaquât à l'étude étiologique des épidermites sèches squameuses et desquamatives, circinées ou non circinées, dont on ignorait encore l'origine. Tous les dermatologistes mais surtout Milian et Ravaut, chacun suivant la forme de son esprit, y ont voulu voir soit des épidermites, microbiennes encore, quoique l'infection y fut atténuée et moins aisée à mettre hors de doute (Milian), — soit des efflorescences cutanées amicrobiennes, produites à distance par les toxines émanées d'un foyer microbien chronique ailleurs situé (Ravaut). Et c'est ainsi que l'inoculation de poisons microbiens et microphytiques (Bruno Bloch, Ravaut) a pu reproduire au point d'injection des parakératoses authentiques.

Il est donc intéressant de noter, à mesure que se précisent les observations, quelles sont les parakératoses qu'on peut classer comme microbiennes, c'est autant de lésions à retirer du chapitre encore indistinct des eczémas. Telles sont les raisons qui m'engagent à décrire certaines parakératoses microbiennes, celles dont le siège est au bout des doigts.

Tout de suite j'en schématiserai l'observation clinique telle qu'elle s'offre à nous... Un homme ou une femme s'est infecté autour de l'ongle, et c'est fréquemment un incident survenu au cours d'un travail manuel. Une phlyctène s'est produite qui a pu faire le tour de l'ongle; c'est la tourniole, et nous savons tous désormais qu'elle a pour agent le streptocoque. La lésion a évolué en deux semaines,

elle s'est desséchée et elle a disparu ; la guérison peut sembler complète.

Mais, deux ou trois semaines plus tard, va se constituer au bout du doigt une parakératose fort durable. Plus de vésicules ni de phlyctènes désormais ; les lésions sont et restent squameuses ; elles peuvent être fort marquées cependant. Autour de l'ongle où la peau est mince les squames s'écaillent assez fines, et se renouvellent. Mais au bout du doigt, sur le bord libre de l'ongle, où l'épiderme de la pulpe est plus épais, lorsqu'il se détache, ce n'est jamais que par un côté; il baille comme le cuir d'une chaussure décousue et reste adhérent à l'épiderme normal par son autre bord.

Si la lésion ainsi constituée l'est déjà depuis quelque temps, elle prend dans son ensemble un aspect vaguement circiné, dont le bord est limité par un épiderme corné soulevé du côté du centre du cercle et adhérent par sa périphérie où il se continue avec l'épiderme sain du voisinage.

Le grattage à la curette peut récliner l'épiderme sec ainsi décollé, et la curette en détache des parcelles lamellaires dont la culture est toujours possible. Or entre les strates épidermiques ainsi décollées, on observe des bancs microbiens, et la culture en sera streptococcique si la lésion première a été une tourniole; staphylococcique si la lésion première a été un minuscule abcès du coin de l'ongle.

Notez d'ailleurs que les lésions streptococciques, pures à l'origine, sont infectées secondairement très vite par le staphylocoque, ainsi la culture se trouve mixte ordinairement.

On pourrait croire d'abord qu'on assiste à la fin et à la mort d'une lésion, que cette lésion primitivement aiguë et phlycténulaire, se termine comme toutes les lésions humides par une phase hyperkératosique sèche, et qu'une fois ces squames disparues, l'état local redeviendra normal progressivement. Car toute lésion épidermique, même humide, se termine par une phase d'exfoliation sèche.

Mais dans les cas dont je m'occupe c'est ce qui n'arrive pas du tout; cette phase d'exfoliation va rester durable, et la lésion squameuse pourra même s'étendre sur place et grandir jusqu'à envahir les deux tiers du doigt, face dorsale, face palmaire et faces latérales. Bien plus, cette lésion, laquelle n'a plus aucun des caractères de la tourniole qui l'a précédée, peut passer sous la même forme

desquamative à d'autres doigts, et bientôt deux ou trois doigts de chaque main, vont desquamer semblablement.

Dès lors personne ne peut plus faire le diagnostic étiologique; voilà une lésion qui sera baptisée par tous eczéma. Il s'agit pourtant d'une tourniole ou d'une séquelle de tourniole, c'est une parakératose streptococcique. C'est cela que je veux dire et je veux insister sur les caractères propres de cette dermatose qui permettent de la différencier des mycoses épidermiques de même siège. Autrefois les unes et les autres étaient confondues dans l'eczéma, ou très mal différenciées les unes des autres sous le nom d'acrodermatites...

Dans les parakératoses dont je parle ce qu'il faut savoir c'est que la lésion première a été une tourniole vraie.

Très souvent le malade n'y songe pas, car la lésion primaire a disparu depuis trois mois, et son évolution propre n'a pas duré plus de deux semaines. Souvent donc le malade ne pense pas à en rappeler l'existence; il ignore qu'elle fut à l'origine des lésions squameuses qu'il présente aujourd'hui. C'est au médecin de pousser l'interrogatoire de ce côté, et très souvent aussi il en ressuscitera le souvenir dans l'esprit du malade qui n'y pensait plus.

D'ailleurs ces parakératoses streptococciques ont vraiment bien le bout du doigt et le tour de l'ongle pour centre; elles se sont développées et étendues, mais elles sont parties ordinairement de la rainure épidermique située sous le bord libre de l'ongle; et c'est là un des signes diagnostiques qui doit en évoquer la véritable origine. Sans doute on voit, aux pieds surtout, des lésions d'aspect analogue qui sont mycosiques, mais si elles se sont développées d'abord au bout des orteils, c'est qu'il y a là une mycose de l'ongle reconnaissable à la tache blonde sous unguéale d'un jaune maïs, partie du bord libre de l'ongle, et se dirigeant verticalement vers la matrice unguéale. Alors le diagnostic s'impose et sa vérification microscopique est facile.

Mais, sauf dans ce cas, les mycoses caractérisées par une parakératose des doigts ont pour lieu de résistance et pour centre le fond du pli interdigital; et c'est autour de lui qu'elles se développent. Elles peuvent se développer alors jusqu'à la pulpe du doigt ou de l'orteil, de même sur les faces latérales des doigts de la main ou des orteils, mais par extension. Autour des doigts, elles peuvent

affecter aussi une forme vaguement circinée ou polycircinée mais dont le centre alors n'est jamais l'ongle.

Ainsi même dans leurs caractères objectifs, les épidermites microbiennes et mycosiques sont différenciables les unes des autres, et il est rare qu'une analyse symptomatique attentive ne conduise pas à un diagnostic exact. D'ailleurs les parakératoses streptococciques sont bien plus fréquentes aux doigts qu'aux orteils et c'est là surtout qu'on peut en suivre l'histoire.

Le premier traitement de toutes ces parakératoses reste le même. Il consiste en une friction quotidienne et *très rude* avec une boulette d'ouate fixée sur une pince hémostatique et mouillée d'alcool iodé au centième...

Alcool à 90°.	30 gr.
Iode métalloïdique.	0 gr. 30

Ce qu'il faut bien savoir et dire au malade, c'est que cette friction doit être vigoureuse, et c'est pourquoi elle sera mieux faite si la boulette est fixée au bout d'une pince qu'on tient bien en main et qui permet une friction plus dure. Il faut que la boulette soit très mouillée d'alcool iodé de façon que le liquide qui s'en échappe pénètre par capillarité dans toutes les failles de l'épiderme décortiqué. Sur les bords de la lésion surtout, il faut que la friction récline les franges épidermiques cornées et que l'alcool pénètre bien audessous d'elles. J'ai dit ailleurs que cette friction se fait mieux après un bain qui ramollit tous les déchets épidermiques. Alors la peau même essuyée reste moite et imprégnée d'eau. L'alcool s'y mêle avidement et pénètre plus profondément.

Cette friction faite, il faut appliquer une pommade et cette pommade sera différente suivant qu'il s'agira d'une épidermite streptococcique ou d'une mycose.

Car les mycoses s'améliorent plus vite avec une pommade à l'acide benzoïque (au 1/10), salicylique (au 1/10) ou chrysophanique (au 1/200), tandis que les parakératoses streptococciques guérissent mieux avec une simple pommade au goudron de houille au 1/30, au 1/20, au 1/10 ou même à plus fortes doses encore :

Goudron de houille lavé, neutre.	6 gr.
Oxyde de zinc.	3 gr.
Vaseline cholestérinée à 3/100	25 gr.

Ces pommades ont un inconvénient, c'est qu'elles sont noires et qu'elles s'enlèvent mal au savon. Mieux vaut les nettoyer d'abord avec un corps gras : huile ou beurre frais, et les savonner ensuite. Autrefois on proscrivait l'eau et le savon dans le traitement de ces parakératoses des doigts les prenant pour un eczéma; maintenant on ne les craint plus, et ce savonnage peut être renouvelé une ou deux fois par jour.

En somme il faut retenir de ce qui précède quelques faits dont l'importance clinique est grande et dont la valeur doctrinale n'est pas moindre.

I. — Le premier c'est qu'il existe au bout des doigts une parakératose d'évolution lente et récidivante qui est streptococcique et qui fut consécutive à une tourniole vraie ou abortive.

II. — Le second c'est que cette parakératose, autrefois confondue avec les eczémas, l'est encore aujourd'hui avec les mycoses épidermiques de siège voisin et qui leur ressemblent beaucoup.

III. — Le traitement par l'alcool iodé au 1/100 par friction dure et quotidienne est le même pour les mycoses et les épidermites streptococciques.

IV. — Mais ensuite c'est l'application d'une pommade au goudron de houille qui favorise le plus le retour de l'épiderme à une kératose normale.

V. — Seulement ce qu'il faut prévoir dans ces cas de parakératose microbienne comme dans celui des épidermites mycosiques des mêmes régions, c'est la récidive possible après un traitement qu'on a cru trop tôt victorieux.

LA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE LA DÉPIGMENTATION DES PLUMES ACQUISE PAR L'HYPERTHYROIDISATION CHEZ LES GALLINACÉS ANALOGIE AVEC LES TROUBLES OBSERVÉS DANS L'HYPERTHYROIDIE CHEZ L'HOMME

Par Paul SAINTON et Henri SIMONNET

Dans le travail précédent (1) nous avons montré combien l'action de l'hyperthyroïdie sur le système pileux de l'homme est comparable à celle du plumage chez les gallinacés. Un fait avait attiré notre attention, c'est que les lésions de dépigmentation une fois acquises étaient définitives, immuables dans les faits cliniques aussi bien que dans les faits expérimentaux, alors que la chute des phanères était réparables.

Cette persistance, sans aucune régression, nous a amenés à nous demander, si le caractère acquis n'était pas transmissible héréditairement et s'il n'était pas possible d'en donner la preuve expérimentale. Pour cela nous avons institué l'expérience suivante qui est des plus concluantes, là encore nous nous sommes adressés aux gallinacés, réactifs vivants de l'hyperthyroïdisme.

Un coq et deux poules ont été soumis à l'ingestion d'un comprimé de 30 centigrammes d'extrait thyroïdien délipoïdé de Byla, tous les jours puis tous les deux jours, puis de deux comprimés. Ces doses ont été choisies, de façon que l'état général des animaux reste satisfaisant pendant toute la durée de l'expérience, c'est d'ailleurs ce qui s'est produit.

Chez l'une des poules la décoloration du plumage a été obtenue dès le 15e jour, chez la seconde le 60e jour, chez le coq le 50e jour.

(1) *Annales de Dermatologie,* VIIe série, t. I, n^{0} 12, décembre 1930, p. 1257.

Le blanchiment, quand il a été acquis, a progressé soit sur les plumes déjà atteintes, soit sur de nouvelles plumes si bien que les animaux en expérience présentent des plaques blanches ayant la même topographie et une teinte sensiblement identiques.

Ni la ponte, ni la fécondation n'ont paru être modifiées par l'hyperthyroïdisation. Les œufs n'ont présenté aucune anomalie au point de vue de leur constitution apparente ou de leur volume.

Cinq de ces œufs furent couvés par une poule pondeuse normale, les cinq poussins se développèrent parfaitement et leur poids accusa une accélération rapide.

Quelques jours après l'éclosion, ils montrèrent un blanchiment très net des plumes des ailes et du cou qui s'accentua sensiblement pour se stabiliser à trois mois, de sorte qu'ils présentent *sans avoir subi aucun traitement* les modifications du plumage provoquées chez les générateurs.

Il résulte de ces faits *qu'un caractère phanérien acquis par hyperthyroïdisation est transmissible héréditairement.* Faut-il admettre que l'hormone thyroïdienne a provoqué dans l'œuf lui-même par son passage des modifications ou faut-il admettre un autre mécanisme?

Il est prématuré de répondre à cette question.

Nous n'insisterons point d'ailleurs sur la portée générale qu'a l'expérience que nous venons de citer.

*
* *

Pendant que nous poursuivions nos recherches expérimentales, nous avons fait une enquête près d'un certain nombre de basedowiens, pour savoir s'il ne pouvait exister des relations entre la canitie et le basedowisme dans certaines familles et nous avons pu recueillir des cas suivants.

Chez une malade ayant une mèche basedowienne, les cheveux blancs précoces existent depuis trois générations.

Dans un autre cas le père et les 4 frères de la malade atteinte de goitre exophtalmique ont eu une canitie complète et précoce avant 30 ans.

Dans un autre cas le père a de la canitie à 30 ans, sa fille et sa petite-fille deviennent basedowiennes.



Fig. 1. — Coq hyperthyroïdé.



Fig. 2. — Les deux poules hyperthyroïdées.



Fig. 3. — Les poulets ayant de l'hyperthyroïdisme héréditaire.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

Dans plusieurs cas, la canitie précoce existe à la fois chez le père et la mère de sujets atteints d'hyperthyroïdie.

Dans un autre cas la malade, basedowienne avec canitie en plaques a deux frères peladiques.

Dans un dernier cas la mère basedowienne a une fille et un fils qui ont une mèche basedowienne entre 15 et 20 ans.

Les faits expérimentaux, montrant que les troubles phanériens acquis par hyperthyroïdisme sont héréditaires, permettent de concevoir la nature du lien qui existe entre les faits cliniques que nous avons observés. Ce n'est point par hasard que canitie et basedowisme existent chez ascendants et descendants. C'est que tous ont des manifestations d'hyperthyroïdisme qui chez les uns s'objectivent dans leur plénitude clinique, qui chez les autres se bornent à une manifestation qui, pour être monosymptomatique, n'en traduit pas moins une réaction hyperthyroïdienne.

MORPHOLOGIE DES AURIDES

ESSAI DE CLASSIFICATION

Par

F. LEBEUF et H. MOLLARD

Chef de Clinique à l'Antiquaille (Lyon).

Médecin résident au Sanatorium Grand-Hôtel d'Hauteville.

Les aurides : un terme nouveau pour désigner des accidents déjà connus ? Sans doute, mais ce néologisme, nous le croyons opportun. Ne dit-on par les arsénobenzolides? Et faudra-t-il énoncer toujours, avec un excès de longueur « les accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie » ?

Les accidents cutanés et muqueux de la chrysothérapie — les aurides — se déclarèrent dès les premières tentatives de thérapeutique par l'or. Lorsqu'en 1914, à la clinique de Spiess, Feldt expérimenta l'aurocantan, il obtint des améliorations certaines, mais il constata aussi : « des effets secondaires très variables : vertiges, vomissements, diarrhées, ictères, *stomatites*, albuminuries et réactions analogues à celles que provoque la tuberculine ». A cette phase initiale, remarquons que l'or irrite déjà la muqueuse bucco-pharyngée.

Pour éviter ces phénomènes, le même auteur a l'idée de substituer au radical cyanique un noyau benzénique. Il obtient un nouveau sel, le Krysolgan, beaucoup plus efficace et beaucoup mieux toléré par l'organisme que son prédécesseur. Néanmoins, ce produit déclenche aussi des accidents secondaires dont Feldt donne consciencieusement la liste complète. « Ces troubles sont : des vertiges, des céphalées, des *dermatites*, des *herpès zoster*, dans quelques cas des *stomatites* et des albuminuries légères ». Est-ce une question de posologie encore imprécise ? Toujours est-il que les organes

excréteurs (rein, peau, cavité buccale) peuvent être lésés par le Krysolgan.

En 1924, un nouveau sel d'or, le triphal, fait son apparition dans la clinique humaine. Aussitôt Morhmann, Hænsel, Gorl et Voigt, Schwarz et Freund observent des réactions fâcheuses : ils constatent des vertiges, des vomissements, des diarrhées, de la fièvre et également des *dermatites*.

A la fin de la même année, Hölger Möllgaard révèle à la Société Danoise de Médecine Interne les travaux qu'il a consacrés depuis 4 ans à un autre sel d'or : la sanocrysine. Il décrit les expériences prolongées qu'il a pratiquées sur des veaux récemment infectés par des souches plus ou moins virulentes de bacilles de Koch. Certains animaux sont morts presque immédiatement après l'injection de thiosulfate, en présentant le tableau clinique d'un œdème aigu. Les autres, ceux qui possédaient un état allergique, n'ont éprouvé aucun choc et se sont progressivement améliorés. Mais pendant ce traitement ils ont constamment souffert de réactions plus ou moins violentes : accès thermiques, amaigrissement, diarrhées profuses, albuminurie. En outre, chez les veaux blancs, Möllgaard constate l'apparition d'éruptions « qui ressemblent pour l'essentiel à de fortes cuti-réactions de Von Pirquet ». Aucun de ces accidents n'a un caractère durable. Ils s'effacent progressivement, et les animaux guérissent de leur tuberculose, en même temps qu'ils guérissent de leurs réactions. Et, dans la conception primitive, ces complications ne modifient pas le pronostic. Elles signifient même que l'organisme « réagit » aux sels d'or, et cette sorte de gymnastique imposée à l'économie révèle que le corps infecté est capable, sous l'action de la sanocrysine, de lutter victorieusement contre son infection.

Quand l'hyposulfite d'or entre dans le domaine clinique, il provoque des accidents semblables, qu'on interprète suivant la même conception. Knud Faber, en 1925, dessine le tableau suivant : « Chez la plupart de nos patients, il se fait en quelques jours une ascension thermique... Au cours de cette première et longue poussée fébrile, il survient très souvent un exanthème. Il a tout d'abord l'aspect de l'éruption morbilleuse, mais bientôt il se généralise, devient confluent, et, au bout de quelques jours, il rappelle l'exanthème scarlatiniforme. Il dure de quelques jours à une semaine, puis disparaît sans laisser de trace. » Le tableau n'est pas toujours aussi

bénin. « Dans certains cas, nous avons vu survenir des dermites desquamantes étendues et pénibles. Ces dermites se montrèrent après la 5e ou 6e injection. Elles rappelaient absolument les dermites du salvarsan ». Ainsi, non seulement ces accidents — les premiers surtout — paraissaient nécessaires, mais ils évoquaient — surtout les seconds — les réactions connues de l'arsénothérapie.

Voilà cinq ans que d'étape en étape la posologie des sels d'or est devenue plus restreinte. Cinq ans que les sels d'or ont perdu progressivement leur caractère redoutable. Pourtant les accidents cutanés n'ont pas disparu : d'autres techniques, d'autres produits les ont également déclenchés. S'ils sont devenus plus rares, ils représentent encore un taux important dans la liste des réactions de la chrysothérapie.

1° *Aurides muqueuses.*

La stomatite aurique est aujourd'hui classique. Tous les mémoires consacrés à la chrysothérapie la mentionnent, mais faut-il le dire ? elle est beaucoup plus souvent signalée qu'étudiée. Sans doute elle fut découverte longtemps après les accidents du même ordre que le mercure, le plomb ou le bismuth font apparaître dans la cavité buccale. Elle ne pouvait donc éveiller un intérêt de nouveauté bien grand. Ajoutons qu'elle est rare, plus rare que celle des autres substances métalliques : sur 400 malades, l'un de nous ne l'a observée que 6 fois. Il n'en demeure pas moins qu'elle présente une originalité digne d'être définie.

Tout d'abord, il est impossible de définir les circonstances qui président à son apparition. Dans la plupart des cas, elle survient au milieu d'une série d'injections de sels d'or, quand l'organisme a déjà emmagasiné une certaine quantité de médicament. Mais ce fait n'est pas constant : chez quelques malades, il suffit, pour la voir apparaître, d'une seule injection de cinq ou même de deux centigrammes. Elles peut également survenir deux ou trois semaines après la fin du traitement. Würtzen cite un malade chez lequel on la constata seulement un mois après l'administration de la dernière dose de sanocrysine. Si nous l'avons vu récidiver lors d'une seconde ou d'une troisième série, nous avons noté également que certains sujets, atteints de stomatite lors d'un premier traitement, suppor-

tèrent sans incident buccal plusieurs cures chimiothérapiques ultérieures.

Dans un grand nombre de cas la stomatite survient seule. Dans d'autres circonstances, elle s'associe à des incidents variables, au premier rang desquels il convient de placer les aurides cutanées.

Sur 39 observations, Sayé rapporte 15 stomatites isolées et 24 stomatites accompagnées soit d'un érythème (12 cas), soit de troubles digestifs (11 cas), soit de fièvre (1 cas).

Au point de vue clinique, nous avons décrit dans un récent mémoire (1) les caractères particuliers de cette complication. Le premier réside dans la *fréquente étendue des lésions* : tandis que les accidents mercuriels sont habituellement limités et siègent soit au niveau d'une dent cariée, soit sur le bord de la langue, tandis que la stomatite galénique se borne à inscrire sur une gencive le liseré violacé de Burton, l'auride buccale envahit la langue, la face interne des joues, les amygdales, le voile du palais et quelquefois les lèvres. Cette diffusion n'est sans doute pas constante : nous avons vu récemment un malade dont la stomatite était localisée aux gencives. Mais, dans la majorité des cas, les zones envahies sont plus larges, plus étendues que dans les autres stomatites métalliques.

Le second caractère est *l'aspect morphologique, la couleur blanchâtre* des lésions buccales. La stomatite aurique, écrit Gaté, est lichénoïde et épithéliale : « à l'érosion superficielle n'entamant pas la muqueuse s'ajoutent des lésions blanchâtres rappelant le lichen plan buccal ». Gaté rapporte que, dans d'autres circonstances, l'*aspect lichénien* fait place à une autre image : il s'agit également d'une stomatite épithéliale, on constate aussi des érosions superficielles, mais elles sont entourées par *des lésions leucokératosiques*. Dans les deux cas, la stomatite aurique est donc caractérisée par sa blancheur. Cet aspect si étrange avait frappé les premiers observateurs. Blancheur « comme quand on a bu du lait » notait déjà Würtzen en 1925. Et l'auteur danois insistait sur le voile blanchâtre qui recouvrait l'empâtement constaté au niveau des mâchoires. Il décrivait « des points blancs sur l'amygdale qui rappelaient un peu une angine lacunaire ».

(1) F. Lebeuf et H. Mollard. Les aurides muqueuses et cutanées. *Presse médicale*, 13 septembre 1930, n° 74

Le troisième caractère est la *dysphagie*. Cette stomatite est *douloureuse*. L'alimentation est pénible. A l'agacement initial succède bientôt une véritable douleur que suscite le moindre contact des aliments avec la muqueuse. La mastication devient parfois très difficile. Par contre, et c'est le quatrième caractère, essentiellement négatif, *on n'observe aucune exagération de la sécrétion salivaire*.

Comment évolue cette stomatite ? D'une manière progressive : un jour, les malades se plaignent d'une sensation d'excoriation, ou bien ils souffrent d'une dysphagie gênante. A l'examen de la bouche, on note une légère rougeur des amygdales et du voile du palais. C'est le stade érythémateux. Puis on voit apparaître, sur de nombreux points de la muqueuse buccale, des érosions superficielles, épithéliales, auxquelles s'ajoutent des lésions blanchâtres, d'un aspect lichénien ou leucokératosique. C'est la période d'état, dont nous avons décrit les caractères. Enfin, les couvercles se détergent pour faire place à des ulcérations superficielles qui se cicatrisent une semaine ou quinze jours plus tard. Quelquefois l'évolution est plus longue : nous venons d'observer un sujet qui présentait, encore un mois après le début de la stomatite, des érosions couvertes d'un enduit blanchâtre et siégeant à la fois sur les gencives et sur la face interne des joues.

Faut-il invoquer d'autres cas ? En 1928, nous avons constaté chez trois malades, à une période tardive de la série, et même chez l'un d'eux, après la fin du traitement, une stomatite érosive qui occupa surtout le plancher de la bouche et gêna l'alimentation, en rendant presque impossible la mastication. Cet accident dura un mois. Il fut très amélioré par des applications locales de novarsénobenzol. Il ne déclencha aucun phénomène général. Il ne récidiva jamais lors des séries ultérieures. Par contre, nous venons d'observer une tuberculeuse, qui présenta une stomatite classique, lorsqu'elle eut reçu, en 6 injections, 50 centigrammes de crisalbine. On abandonna le traitement aurique. Deux mois plus tard, une nouvelle série fut entreprise. Après la troisième dose (0 gr. 15 au total), on constata de nouvelles érosions dysphagiques. Nous avons également remarqué chez deux sujets un incident que l'on eut pris pour une stomatite aphteuse, tellement les lésions étaient multiples, si l'on n'avait eu la notion d'un traitement métallique.

Telle est la stomatite ordinaire. Dans certains cas, elle est plus légère : remarquons qu'il est d'ailleurs banal d'entendre les malades se plaindre « d'un goût métallique » assez prononcé, dans les minutes qui suivent une injection intraveineuse de sels d'or. D'autres ont une sensation d'amertume mal définie, comme si, disent-ils, « ils avaient pris un médicament très mauvais ». Il s'agit là de troubles purement fonctionnels, mais quelquefois d'autres symptômes surgissent. C'est le tableau du « choc buccal » dont Villaret, Imbert et Justin-Besançon ont rapporté des cas, et qui rappelle un phénomène semblable au cours du traitement bismuthique intraveineux. Si l'on tient compte de ces aspects, que nous croyons assez fréquents, la proportion des stomatites devient beaucoup plus considérable. Ils représentent en tout cas des formes très atténuées.

A l'opposé de ces phénomènes, on a décrit des stomatites graves, qui creusaient en bloc gencives, amygdales, voile du palais, joues, langue. Les dents peuvent s'ébranler et tomber. L'infection de la bouche peut se produire et devenir très intense. Dans son rapport de 1925, Léon Bernard citait un malade qui avait présenté des ulcérations palatines très profondes. Il publiait aussi un cas de stomatite érythémato-pultacée avec glossite marginale ulcéreuse très douloureuse. Mais ces formes furent décrites à l'époque où, suivant la technique danoise, on injectait des doses relativement élevées de sels d'or. Nous ne croyons pas que la posologie actuelle risque de les provoquer.

Enfin la stomatite peut être atypique. Gaté et Philippe Barral ont décrit un énanthème à type d'hydroa buccal que caractérise l'éclosion de bulles très nombreuses sur la langue, les joues, le voile du palais. Le docteur Philip, d'Hauteville, nous en a signalé récemment une observation tout à fait typique.

2° *Aurides cutanées.*

Les accidents cutanés eurent d'abord une réputation bienfaisante. Ils témoignaient, croyait-on, d'une réaction favorable de l'organisme. La conséquence était nette : il fallait les provoquer. On employait des doses de sels d'or de plus en plus fortes jusqu'à l'apparition de l'heureux érythème. Encore que Cordier et Gaillard aient

récemment montré qu'on observait assez fréquemment après eux une amélioration remarquable de la courbe thermique des tuberculeux, on sut bientôt que cette conception, née de comparaisons cliniques et de constatations expérimentales, ne répondait ni à la prudence ni à la réalité. Ces accidents étaient quelquefois très graves. En outre, il était singulier de rendre un organisme plus faible, afin qu'il devînt plus fort.

A mesure que la posologie s'adoucit, les complications devinrent plus rares. En 1927, Sayé les observait encore 18 fois sur 100 malades. En 1928 nous les constations seulement 6 fois sur le même nombre de sujets. Et depuis cette époque nous employons des doses plus faibles : les accidents sont encore plus rares. Il y a donc un rapport manifeste entre la quantité de sel administrée et l'apparition de ces aurides. Mais cette concordance n'est pas absolue et, là encore, il est des cas ou une seule injection de 0 gr. 05 suffit à les déclencher. Remarquons toutefois que les accidents précoces ne sont pas les plus fréquents. En général les réactions cutanées n'apparaissent qu'après un certain nombre d'injections. Elles s'observent non seulement dans la tuberculose pulmonaire, mais dans les bacilloses de la peau, dans les septicémies, les polyarthrites infectieuses chroniques (Forestier), bref dans toutes les maladies traitées par les sels d'or. Le terrain joue-t-il un rôle ? Chez les tuberculeux pulmonaires, nous croyons que ces accidents frappent de préférence les sujets fibreux ; Cordier et Gaillard ont noté, d'autre part, qu'ils se produisaient avec une plus grande fréquence chez les malades dont le coefficient de Maillard était élevé. Enfin ils peuvent s'associer à d'autres complications : ictères (Besançon, Braun et Azoulay, Dumarest), troubles rénaux (Schlossberger), stomatites...

Les aurides cutanées sont essentiellement polymorphes.

1° *Erythèmes.* — La plus banale est un *érythème localisé*, placard rouge et douloureux qui naît sur le thorax ou sur le pli du coude, qui a reçu la dernière dose. Nous avons observé cette complication chez 13 malades. Elle n'apparut jamais au début du traitement. Ce fut généralement après la 4[e] ou la 5[e] injection qu'on la vit survenir. Quelquefois elle fut tardive. Elle ne débuta chez un sujet que quelques jours après la cessation de la cure. Le plus souvent l'érythème fut annoncé par un prurit localisé, puis on vit apparaître un placard rouge foncé qui siéga aux endroits que nous avons indi-

qués. Chez un malade, il apparut sur les joues et s'accompagna d'herpès. Chez un autre, il débuta sur la région dorsale. Quelquefois son éclosion fut légèrement fébrile. En tout cas, la fièvre ne dura pas, et l'érythème rétrocéda spontanément au bout de quelques jours. Il se termina par une desquamation furfuracée. On attendit sa disparition pour continuer le traitement qu'on reprit toujours : l'éruption ne récidiva jamais. Au contraire, dans un précédent mémoire, nous avons rapporté l'observation curieuse d'un érythème à répétition : « Il survint, disions-nous, chez un tuberculeux subfébrile dont l'état général était précaire. Ce sujet reçut en 5 doses 60 centigrammes de thiocrysine. La seconde injection provoqua sur le thorax un érythème très prurigineux qui s'épanouit 3 jours plus tard. Il dura 48 heures, puis se fana spontanément. On fit une troisième injection, et la tache rouge s'épanouit à nouveau, toujours prurigineuse et toujours éphémère. Et de même on la vit éclore après chacune des deux dernières piqûres. Elle n'eut aucune signification troublante. » Sayé a décrit, lui aussi, des érythèmes à poussées nouvelles, chaque fois qu'on pratique une injection. Mais il rapporte que dans quelques cas ces poussées furent progressives, au point qu'on dut interrompre le traitement.

Il convient ici de réserver une place spéciale à un érythème particulier que Gougerot, Burnier et Pierre Uhry ont observé chez l'une de leurs malades atteinte de lupus érythémateux et traitée par la chrysothérapie. « Elle reçut le 26 mars 1929 une injection intraveineuse de 0 gr. 10 de crisalbine qui fut parfaitement tolérée. Le 2 avril, on lui fit une 2e injection de 0 gr. 10 ; durant la nuit du 2 au 3 avril, donc du 8e au 9e jour après la première injection, la malade fut prise de frissons avec fièvre atteignant 39° et 40°, de vomissements, de diarrhée, puis on vit apparaître une éruption érythémateuse respectant le tronc. Tous ces symptômes disparurent le 3 avril à midi. Le 9, une troisième injection de 0 gr. 05 fut parfaitement bien tolérée ». Cliniquement et chronologiquement cet incident rappelle l'érythème du 9e jour que Milian a décrit chez les malades traités par le novarsénobenzol, et qu'il a expliqué par sa théorie du biotropisme. Aussi bien ce dernier eut l'occasion d'observer une éruption semblable chez un malade de Marcel Pinard atteint de lupus érythémateux et soigné par les sels d'or. On peut donc décrire un *érythème aurique du 9e jour*.

Il est peut-être possible de différencier les érythèmes infectieux des érythèmes toxiques, au moyen des intradermoréactions, comme Milian l'a signalé pour les érythèmes novarsénobenzoliques. En inoculant dans le derme du sujet 2/10ᵉ de centimètre cube d'une solution de crisalbine à 1 o/o, on obtiendrait dans la plupart des cas une réaction positive en cas d'érythème toxique (érythrodermie par exemple), négative en cas d'érythème biotropique.

En suivant une classification purement clinique, — nous éliminons ici toute directive pathogénique — nous arrivons à la description de *l'érythème généralisé* qui peut apparaître d'emblée ou être d'abord localisé. Son éclosion est annoncée par une poussée fébrile (Sécher) et souvent par d'autres phénomènes généraux : vomissements, vertiges, diarrhée, urines légèrement albumineuses. Fonctionnellement, il se manifeste par un prurit intense qui occupe tout le corps. Physiquement, il est formé par de petites taches groupées suivant le type rubéolique ou confluentes suivant le type scarlatiniforme. Il envahit progressivement le thorax, l'abdomen, les membres. Il s'accompagne parfois d'un énanthème buccopharyngé, et d'une poussée ganglionnaire cervicale. Il dure une semaine ou plus, puis il disparaît progressivement. On note une desquamation furfuracée. Si donc l'éruption généralisée est habituellement bénigne en elle-même, le pronostic peut cependant être aggravé par les complications qui surgissent sur un malade qu'elle a passagèrement mais profondément affaibli. Dumarest a rapporté l'histoire d'un sujet qui reçut deux injections d'allochrysine. Cette malade, qui était une tuberculeuse torpide, présenta une tuméfaction ganglionnaire des deux régions carotidiennes, puis elle se sentit très asthénique et, trois jours après la seconde injection, on vit naître une éruption scarlatiniforme qui dura une semaine. Mais huit jours plus tard un ictère survint, et l'on assista bientôt à une poussée pulmonaire.

2° *Erythrodermies*. — Les érythrodermies — érythémato-squameuses ou vésiculo-œdémateuses — lancent une note sombre dans la gamme de ces accidents. On peut les observer chez tous les malades traités par les sels d'or, mais elles semblent particulièrement fréquentes chez les psoriasiques (Clément Simon, Pautrier, Alvarez Sainz de Aja). Bien qu'elles soient généralement la conséquence d'un traitement massif, il suffit parfois d'une dose insigni-

fiante pour les provoquer (Milian, Gougerot et Burnier). Dans certains cas, elles sont localisées : les lésions affectent alors de préférence la paume des mains : érythrokératodermies palmaires bilatérales dont Gougerot et Burnier ont rapporté plusieurs exemples et dont nous avons aussi constaté quelques cas. Mais cette complication est beaucoup plus souvent généralisée. Bezançon, Braun et Azoulay ont bien décrit son apparition sous forme d'érythème, son extension en tache d'huile, son aspect constitué par des plaques ortiées qui évoluent sur un fond d'œdème et de congestion intense, les signes généraux qui l'accompagnent (bouffissure du visage et des paupières, fièvre élevée, prostration intense), sa longue durée de 5 à 6 semaines et sa terminaison par une desquamation large en épaisses squames. Jeanselme et Burnier ont noté de même « de véritables érythrodermies exfoliatrices généralisées avec zones exsudatives au niveau des plis, des extrémités, de la face et gonflement œdémateux plus ou moins marqué. Au bout de plusieurs semaines, la desquamation se fait, abondante, en larges placards avec de grands lambeaux palmaires et plantaires en forme de doigts de gant. Les cas d'érythrodermie que nous avons observés, ajoutent-ils, se sont terminés par la guérison. Cependant Jausion a signalé un cas d'érythrodermie généralisée, vésiculo-œdémateuse d'abord, exfoliante ensuite, avec lésion des muqueuses et qui se termina au bout de dix jours par la mort. » Stein, Bruhns, Schamberg ont rapporté aussi des observations mortelles. Par contre, le pronostic peut être assez bénin. Clément Simon a traité une érythrodermie qui guérit en quelques jours. Gougerot et Burnier ont vu une de ces éruptions céder complètement après six injections d'autohémothérapie. Et nous-mêmes venons d'en observer une qui paraissait assez grave chez un eczémateux traité par la crisalbine eut qui et la particularité de s'accompagner d'un hydroa buccal à très nombreuses bulles et de polynévrites. Mais l'évolution fut néanmoins favorable et le malade est actuellement guéri.

Cette observation présente un autre intérêt : le malade guérit complètement de son érythrodermie et de son eczéma. Alvarez Sainz de Aja a cité également un malade chez lequel la chrysothérapie, après avoir provoqué une érythrodermie intense, supprima complètement le psoriasis. Nous nous demandons donc si cet accident, lorsque son évolution est favorable, n'a pas une heureuse influence

sur le pronostic. Nous rappellerons, comme l'a signalé notre maître le professeur Nicolas, à propos du traitement de la syphilis par le salvarsan, que les malades ayant présenté des réactions violentes (crises nitritoïdes graves, érythrodermies, ictères, etc.) paraissaient échapper ensuite aux accidents tardifs de la syphilis et cependant l'arsénobenzol avait dû être abandonné.

3° *Purpuras.* — Avec Bonafé, l'un de nous a rapporté l'histoire d'une malade de 28 ans, qui présentait dans ses antécédents une fièvre bilieuse hématurique et qui reçut vingt ans plus tard, pour une tuberculose ulcéreuse des deux sommets, une première série de sanocrysine assez bien tolérée. On recommença le traitement au bout de trois mois : or, trois jours après la 4e injection (0 gr. 20 au total), la malade présenta brusquement, pendant une période menstruelle, une éruption de purpura qui recouvrit les membres inférieurs. On constata également des pétéchies à la face interne des joues et des hémorragies gingivales. Enfin le flux menstruel devint beaucoup plus abondant. Ce syndrome s'effaça au bout de deux semaines. Un autre cas de purpura fut signalé par Raimondi et Sangiovanni, de Buenos-Aires.

Enfin, tout récemment, Amat a observé un syndrome de purpura hémorragique mortel au cours d'une pneumo-tuberculose spontanée, traitée par des injections intrapleurales de crisalbine.

4° *Prurit et urticaires.* — Nous avons observé des cas de prurit : cet incident apparut le plus souvent au début d'une série. Il fut localisé et siégea de préférence aux extrémités. Il fut tantôt constitué par une simple sensation de picotement, tantôt caractérisé par des douleurs plus vives. Il disparut spontanément au bout de deux à trois jours. Quelques-uns de nos malades ont présenté une éruption urticarienne qui fut presque toujours fugace et bénigne. Elle se localisa généralement sur le cou ou sur un poignet. Chez l'un d'eux, elle s'accompagna d'une légère élévation thermique, qui disparut en lysis au bout de quelques jours. Chez un autre, l'urticaire n'apparut qu'après la dixième injection. Elle fut si insignifiante qu'une onzième piqûre fut pratiquée huit jours plus tard. Cette fois l'urticaire fut beaucoup plus marquée et s'accompagna d'une réaction fébrile intense.

5° *Dermites eczématiformes.* — A la clinique de l'Antiquaille, l'un de nous, chez des malades traités par la sanocrysine, eut l'occa-

sion d'observer deux cas d'eczémas séborrhéiques, dont les lésions prédominaient aux mains. Gaté et Philippe Barral ont rapporté une observation semblable, qui s'accompagna en outre de stomatite. Dumarest et Mayer ont également cité une tuberculeuse qui présentait un eczéma séborrhéique impétiginisé (lésions rétro-auriculaires). Après deux injections de 0 gr. 30 et 0 gr. 40 de sanocrysine, deux malades de Sayé montraient des signes de dermite « auxquels les injections suivantes donnèrent une intensité considérable qui nous obligea dans un cas à suspendre le traitement. L'éruption qui couvrait toute la superficie du corps et spécialement l'aisselle, l'avant-bras, le coude, les paupières, les jambes, eut deux caractères sur lesquels Noguer Moré insista le premier : le polymorphisme évolutif et la coexistence d'œdème avec exsudation extrêmement abondante. Après quelques jours d'une éruption eczémateuse, la peau apparut intensément œdémateuse, et se couvrit de vésicules. Au bout de deux ou trois semaines ce processus se termina par desquamation, en persistant toutefois au niveau de la région mammaire, de l'aisselle et du coude ». Nous avons personnellement observé un cas typique de dyshidrose.

6° *Accidents rares.* — A la société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie, Gougerot, Burnier et Photinos ont rapporté récemment l'histoire d'un malade qui présenta une éruption lichénoïde et une stomatite leucokératosique d'origine aurique. Cette éruption, qui survint lors d'une seconde série d'injections d'allochrysine, était disséminée sur le tronc, l'abdomen, l'hypogastre, le gland, les bourses, les faces palmaires et plantaires des extrémités. Quelques papules isolées se voyaient sur les poignets. « Elle était constituée par des papules lichénoïdes du volume de 1 à 6 millimètres, arrondies et non polygonales, à peine saillantes et très légèrement infiltrées, nettement limitées, d'une teinte rose-rouge ou parfois violacée. Elles étaient finement squameuses, parfois un peu brillantes. Sur le fourreau de la verge et sur le scrotum, les lésions faisaient des cercles de 4 à 12 millimètres prenant l'aspect du *lichen annulatus* de teinte violacée. » Devant ce tableau, Milian n'hésitait pas à affirmer que le malade présentait un *lichen plan vrai* et non une de ces éruptions lichénoïdes encore mal classées. Et effectivement, les éléments ne tardèrent pas à se transformer en lichen plan vrai typique. Peyri, Noguer Moré, Abramovitz, Sayé

ont rapporté des cas semblables. Chez une jeune fille de 14 ans, atteinte de lésions papulo-nécrotiques, Nægeli vit survenir au cours de la chrysothérapie un *granulome annulaire* tout à fait caractéristique. C'est également un cas de granulome annulaire qu'il constata chez une autre malade qu'il traitait pour une sclérodermie et pour un lupus vulgaire du nez. Notons que cet accident évolua vers une cicatrisation chéloïdienne, malgré la continuation de la cure aurique. A l'époque initiale, où le dosage était élevé, Helms a enregistré un cas de mort à la suite d'une dermatose bulleuse avec hyperthermie. A la quatrième injection de sanocrysine, alors qu'il avait emmagasiné déjà 50 centigrammes de sels d'or, un malade nous montra un zona intercostal, mais nous croyons que cet accident ne fut qu'une coïncidence : il est assez fréquent chez les tuberculeux pulmonaires, et ce sujet était très cachectique. Enfin, les sels d'or peuvent laisser après leur passage des pigmentations localisées ou généralisées. Nous avons rapporté ailleurs l'histoire d'une de nos malades qui fut traitée l'an dernier par des injections de sanocrysine et qui garde depuis cette époque des taches punctiformes brunâtres au niveau des bras, des coudes et des avant-bras. Hansborg a constaté, un an après la fin d'un traitement aurique (12 gr. 35 de sanocrysine) une mélanodermie généralisée. Un malade de Schamberg, qui fut traité pour un lupus érythémateux, par des injections d'or colloïdal, vit survenir, quelques jours après une injection au cours de laquelle une partie du liquide avait été poussée hors de la veine, une teinte gris bleu indigo, longtemps durable, de toute la région du pli du coude. Enfin, un sujet traité par trois séries d'injections de sanocrysine, présenta à Zimmerli et à Lutz, quatre mois après la dernière cure, une pigmentation, d'une forme spéciale, de la peau exposée à la lumière : teinte grise mélangée au violet, comme dans les intoxications par l'aniline. L'histologie montra dans le chorion, surtout dans le corps papillaire, la présence d'une grande quantité de pigments sous forme de granulations minimes, rondes ou ovalaires, d'une teinte très noire, et rappelant celles que l'on rencontre dans l'argyrose. Avec Zimmerli et Lutz, faut-il créer le terme de « chryoses » ? Remarquons en tout cas que ces pigmentations ont un caractère général : elles surviennent tardivement comme si elles

étaient l'expression d'une progressive tentative d'élimination de l'or par la peau...

7° *Accidents métastatiques.* — Nous avons proposé de désigner sous ce nom certains accidents qui surviennent chez des bacillaires, et qui revêtent eux-mêmes un caractère tuberculeux. Au cours d'un traitement aurique, Peigné a vu survenir un lupus nodulaire, mais il est plus fréquent d'assister à l'éclosion de tuberculides. Après cinq injections de sanocrysine en quatorze jours (1 g. 20), un malade de Ramel et Michaud, présenta une éruption scarlatiniforme, qui se transforma plus tard en *lichen scrofulosorum.* Après dix injections hebdomadaires du même médicament (2 gr. 60), un autre de leurs sujets vit apparaître une toxidermie qui rappela le pityriasis rosé, et des tuberculides papulo-nécrotiques. Chez une femme de 36 ans atteinte d'une sarcoïde cutanée du type Darier-Roussy, Nægeli constata une dermatose difficile à cataloguer, rappelant cliniquement la syphilis serpigineuse, histologiquement les tuberculides papulo-nécrotiques pour les parties superficielles du foyer, le tissu tuberculeux avec cellules géantes pour les parties profondes. Un autre malade, soigné pour un érythème induré de Bazin, lui montra « une éruption tenant de la syphilis secondaire et du *lichen scrofulosorum*, mais vérifiée tuberculeuse après biopsie ». Et de même Ramon Gonzales Medina constata l'apparition, en plein traitement, d'une éruption généralisée typique de tuberculides papulo-nécrotiques chez un malade porteur d'un lupus tuberculeux. Cet accident rappelle en partie le phénomène de Jarisch-Herxheimer observé avec des médicaments qui, comme la tuberculine, le mercure ou le salvarsan, ont une action pratiquement spécifique. On peut se demander si les réactions métastatiques ne seraient pas dues à une action directe de l'or sur les foyers tuberculeux.

8° *Réactions focales.* — La chrysothérapie des tuberculides ou des lupus nodulaires a provoqué quelquefois des réactions plus ou moins violentes des foyers cutanés. « Ces réactions, écrivent Jeanselme et Burnier, se manifestent par une rougeur intense des placards qui deviennent plus saillants et parfois douloureux spontanément et à la pression ». Milian a noté de même des cas « d'exacerbation des foyers lupiques sous l'influence de la médication. Il s'agit de malades chez qui, non plus au début de la cure comme

pour l'arsénobenzol, mais vers la dixième injection en moyenne, on voyait apparaître un érythème facial considérable englobant le lupus, lui-même devenu considérablement turgescent. Dans plusieurs des observations, la réaction faciale s'accompagnait d'érythème du dos des mains et des avant-bras. Cette localisation particulière s'explique très facilement si l'on pense qu'il s'agit d'une réaction focale, rendue possible par la localisation fréquente du lupus érythémateux en ces régions ».

Au cours de l'énumération précédente, nous avons rapporté tous les accidents que nous avons récoltés dans la littérature, ou que nous avons observés nous-mêmes au cours d'une expérience qui porte aujourd'hui sur plus de mille malades. Mais on publie les cas « où survient quelque chose ». On laisse dans l'ombre les observations plus nombreuses, dont aucun accident n'assombrit le développement. Cet exposé donnerait donc une idée funeste et singulièrement erronée de la chrysothérapie, si l'on s'en tenait à son unique lecture. Sans doute les aurides sont encore fréquentes, mais en définitive l'érythrodermie présente seule un caractère redoutable. Et si ce danger persiste, il ne suffit pas plus à condamner la méthode que les arsénobenzolides ne suffisent à condamner l'arsénothérapie.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en octobre 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La lutte antivénérienne en Grèce, par H. Gougerot. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 10, octobre 1930, p. 721.

Pendant un récent voyage en Grèce, G. a pu étudier la belle organisation de lutte antivénérienne et ses résultats obtenus sous l'habile direction du Pr S. Photinos. Les mesures prises sont d'ordre législatif et administratif d'une part, d'ordre médical d'autre part. On en lira le détail dans le mémoire et « sur de nombreux points on trouvera des exemples à imiter ». H. Rabeau.

Souvenirs personnels à propos des embolies artérielles occasionnées par les injections intramusculaires, par G. Belgodère. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 10, octobre 1930, p. 745.

B. apporte trois observations personnelles d'embolies artérielles observées sur une période de trente années, et toutes trois consécutives à des injections de benzoate de mercure. Il faut, quel que soit le médicament injecté, faire l'injection intramusculaire en deux temps.

H. Rabeau.

Sur la réinfection, par Levy-Bing et Barthélemy. *Annales des Maladies Vénériennes,* 25e année, n° 10, octobre 1930, p. 759.

Les observations de réinfection ne sont pas si fréquentes qu'il ne soit intéressant de publier deux cas de réinfection après traitement en période primaire.

Observation I. — Le malade présente un chancre avec adénopathie, ultra-microscope positif, séro-réaction très faiblement et transitoirement positive ; il est traité d'abord par le cyanure et le bismuth (6 cyanure, 1 gr. 65 d'hydroxyde de bismuth en 9 injections), ensuite par le stovarsol buccal à forte dose. — Pendant 2 ans 1/2, aucun signe pathologique, aucune éruption, toutes séro-réactions négatives.

15 jours après la dernière séro-réaction, trois semaines après un rapport avec une prostituée inconnue, un chancre typique apparaît, de siège différent, avec adénopathie et présence de tréponèmes.

(Manquent la ponction lombaire, la réactivation, la confrontation).

Observation II. — Chancre du sillon balano-préputial, contenant tréponèmes, avec adénopathie inguinale, Wassermann négatif. 1er traite-

ment : 4 gr. 25 de néosalvarsan ; 2e traitement : 4 gr. 20 de néosalvarsan. Toutes séro-réactions négatives.

Deux ans après, nouveaux chancres avec tréponèmes ; séro-réactions négatives. Traitement en 18 jours : 4 gr. 50 de sulfarsénol en injections intraveineuses.

Un an après, ponction lombaire négative. Le malade se marie l'année suivante et a 2 enfants qui ne présentent aucune dystrophie.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

L'indice de lipase du sérum sanguin dans le lupus et les divers stades de la syphilis, par Y. E. Chapiro, M. S. Backhévitch et I. Kauffmann. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, nos 7-8, juillet-août 1930, pp. 389-397.

Dans le lupus cet indice est normal ou légèrement augmenté s'il n'y a pas de tuberculose pulmonaire évolutive concomitante ; sinon, il est abaissé comme dans toute tuberculose grave.

Pas de modification dans la syphilis primaire ; abaissement de la lipase dans la syphilis secondaire ; relèvement incomplet dans la syphilis tertiaire et latente ; abaissement très marqué dans les syphilis nerveuses et viscérales.

La courbe de l'énergie lipolytique du sérum sanguin permet d'apprécier le caractère et l'évolution de l'affection étudiée, bien qu'elle ne puisse servir pour le diagnostic. A. Bocage.

Kératite interstitielle par syphilis héréditaire chez une femme de 39 ans, par G. Milian, *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, nos 7-8, juillet-août 1930, pp. 413-414.

Histoire typique d'hérédo-syphilis à localisations multiples, cicatrices péri-buccales nombreuses, perte des dents, front olympien, traces d'ulcérations cutanées multiples, troubles ovariens, premiers accidents oculaires à l'âge de 3 ans, traités seulement à 20 ans et d'une façon très intermittente depuis. A. Bocage.

Le nitrate d'argent, par L. Veyrières. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, nos 7-8, juillet-août 1930, pp. 415-420.

Historique de son emploi thérapeutique suivi d'une description détaillée de ses indications : badigeonnages avec la solution au dixième tous les 4-5 jours dans l'impétigo, les folliculites, l'echtyma, en faisant bien pénétrer sous l'épiderme décollé. Il est particulièrement utile dans les eczémas et les prurits circonscrits, avec lichénification, spécialement les localisations péri-orificielles. En solution au 1/5, il aide à la desquamation des verrues, cors, durillons, productions cornées sous-unguéales.

A. Bocage.

La mort par œdème aigu du poumon à la suite du 914, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 6e année, nos 7 8, juillet-août 1930.

L'auteur rapporte deux observations : la première est celle d'une typhique morte d'œdème aigu après une injection de o gr. 15 de 606. La deuxième est celle d'un aortique syphilitique déjà traité par le 606 et le 914 qui fait de l'œdème aigu une heure après une injection.

Il ne semble pas que l'adrénaline, même en injection intraveineuse, puisse déterminer de l'œdème aigu. A. Bocage.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Sur les propriétés de l'antigène méthylique, par L. Nègre et L. Boquet. *Annales de l'Institut Pasteur,* t. XLV, n° 4, octobre 1930, p. 415.

Les injections sous-cutanées d'antigène méthylique exercent une action favorable sur l'évolution de la tuberculose expérimentale, à condition qu'elles ne soient pas trop rapprochées et répétées plus de deux fois par semaine. L'acétone paraît être le meilleur solvant des substances ciro-graisseuses pour le traitement préalable des bacilles de Koch servant à la préparation de l'antigène.

L'intoxication provoquée par l'inoculation au lapin de bacilles morts ou de substances ciro-graisseuses extraites des bacilles par l'acétone peut être combattue par l'injection d'antigène méthylique, résultat qui semble dû à l'action antitoxique des lipoïdes bacillaires qu'il contient.

Les extraits méthyliques et les extraits éthérés de bacilles de Koch préalablement traités par l'acétone, injectés préventivement à des lapins dans les veines ou sous la peau en quantités massives circonscrivent et ralentissent l'évolution de la tuberculose d'épreuve.

Les extraits acétoniques, au contraire, aggravent le processus tuberculeux.

L'antigène méthylique injecté par voie sous-cutanée aux malades tuberculeux à doses progressivement croissantes en évitant d'atteindre celles qui provoquent des réactions générales ou locales, modifie rapidement leur état général.

Dans les tuberculoses cutanées, il agit surtout sur les gommes, les lésions ulcéreuses et végétantes et sur les tuberculides papulo-nécrotiques.

Il paraît devoir rendre de grands services dans le traitement de la tuberculose rénale et de la tuberculose pulmonaire, dans les formes de début et dans les formes torpides, ulcéro-caséeuses et fibro-caséeuses.

H. Rabeau.

Résultats de l'inoculation de produits suspects de tuberculose dans les ganglions lymphatiques, par G. Ninni. *Annales de l'Institut Pasteur,* tome XLV, n° 4, octobre 1930, p. 433.

N. a montré que la méthode la plus facile et la plus sûre pour mettre

en évidence l'ultra-virus tuberculeux présent dans les cultures jeunes était l'inoculation directe dans les ganglions cervicaux du cobaye, et la recherche des bacilles dans les frottis de ces ganglions prélevés 8 à 15 jours après l'inoculation. Il s'est demandé s'il ne serait pas possible de déceler, en un plus bref délai et plus sûrement, la tuberculose dans les produits pathologiques suspects, en inoculant ceux-ci dans les ganglions lymphatiques. De ses expériences, il ressort que par l'inoculation intraganglionnaire de produits suspects de tuberculose, on découvre des bacilles dans tous les cas où l'épreuve biologique ordinaire révèle la tuberculose typique et cela dans un délai plus court (8 à 10 jours) que lorsque l'inoculation a été faite par voie sous-cutanée, bien que les doses injectées soient 10 fois moindres. Les bacilles apparaissent surtout nombreux après les inoculations de liquide céphalo-rachidien ou de liquides pleuraux.

Le ganglion détruit les microbes inoffensifs ou peu pathogènes pour le cobaye, purifie pour ainsi dire le produit inoculé, et permet le développement et la multiplication des microbes à affinité lymphatique comme le bacille de Koch. Il semble même exalter la virulence de ce dernier ainsi que N. l'a constaté en inoculant des lésions lupiques.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Les rayons ultra-violets en dermatologie, par Jean Meyer. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 43, 11 octobre 1930, p. 731.

Conférence faite au cours de l'Institut d'Actinologie dans laquelle M. précise rapidement les indications de cette méthode thérapeutique, qui devrait prendre, dit-il, en dermatologie, une place prépondérante. Les difficultés de technique limitent le succès. H. Rabeau.

Considérations sur l'hérédo-syphilis en psycho-pathologie infantile, par Vermeylen et Decamps (de Bruxelles). *Bulletin Médical*, 44e année, n° 44, 18 octobre 1930, p. 748.

« Dans tous les cas d'hérédo-syphilis certaine, l'enfant est, ou sera, atteint au point de vue neuro-psychique », disent les auteurs. Tantôt les symptômes mentaux sont congénitaux, tantôt ils sont tardifs, apparaissant au moment de la période pubérale ou plus tard encore. Les formes congénitales peuvent reconnaître deux grands aspects : poligophrénie à des degrés divers, et les troubles du caractère dont l'étiologie hérédo-syphilitique n'a pas été assez suspectée.

Les formes tardives peuvent porter sur le domaine intellectuel ou déterminer des syndromes vésaniques, d'interprétation souvent très délicate. Les réactions sérologiques sont d'autant plus nettement positives qu'on va des formes stationnaires aux formes évolutives, des formes déficitaires congénitales aux formes neuro-psychiques tardives. Les résultats du traitement spécifique sont surtout manifestes sur l'état

physique général ; au point de vue psychique, les troubles du caractère sont rapidement et nettement influencés. Le côté intellectuel, moins tangible, peut cependant être influencé dans certaines limites.

H. Rabeau.

Lettres à un médecin praticien sur la Dermatologie et la Vénéréologie. XXX. La réaction de Prausnitz et Kustner, et son importance pour la pathogénie de l'urticaire, par le Dr Clément Simon. *Bulletin Médical,* 44e année, no 45. 23 octobre 1930, p. 757.

Les dermatologistes connaissent la belle expérience de Prausnitz et Küstner montrant qu'il est possible de transporter passivement sur des personnes normales l'hypersensibilité au poison avec le sérum de la personne hypersensible. S. l'expose avec sa clarté habituelle.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

L'inoculation du sang et des urines de deux malades atteints de maladie de Hodgkin, par Lœper et Lemaire. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 46e année, no 26, 20 octobre 1930, p. 1444.

Les auteurs ont, en 1925 et 1926, inoculé à des cobayes du sang et des urines de malades atteints de lymphogranulomatose. Pour le premier malade trois cobayes inoculés sont morts 11, 12 et 10 jours après l'inoculation, et présentaient à l'autopsie des lésions identiques (foie, rate, rein, surrénales d'aspect hémorragique) ; les autres organes et les ganglions sont intacts. L'examen histologique montra qu'il ne s'agissait que de lésions banales : infiltration hémorragique intra-trabéculaire, vaisseaux dilatés et gorgés de sang ; parenchyme parsemé de plages nécrotiques nombreuses avec cellules à peine colorées, noyaux pycnotiques et caryorexiques ; au pourtour, amas cellulaires pourvus de macrophages et de polynucléaires, dont beaucoup à granulation acidophile. — 2e malade. 4 cobayes inoculés dans le péritoine avec 3 centimètres cubes de sang de malade atteint de maladie de Hodgkin. L'un des cobayes meurt un mois après. Foie et rate énormes, adhérents, présence de nodules blanchâtres de la taille d'une lentille. Ces nodules sont de petits abcès dont le pus caséeux ne contient ni microbes, ni bacilles acido-résistants. A leur pourtour, infiltration riche en éosinophiles, avec cellules macrophagiques multinucléaires. La transmission en série de la maladie à l'animal a été impossible.

H. Rabeau.

Le gonoréaction. Son application au diagnostic des rhumatismes subaigus et chroniques, par A. Leri, A. Urbain, J. A. Lièvre et Jean Weill. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 46e année, no 26, 20 octobre 1930, p. 1471.

Les auteurs ont étudié la gono-réaction dans des cas où la blennor-

ragie était certainement présente, et dans d'autres où elle était sûrement absente. Ils ont ensuite appliqué les résultats obtenus à l'étude des rhumatismes subaigus et chroniques. V. a procédé à la recherche des anticorps au moyen du procédé de Calmette et Massol, doses fixes de sérum et d'antigène, doses variables d'alexine. Son antigène était constitué par 8 souches de gonocoques tués par l'alcool-éther. La poudre microbienne, finement pulvérisée, était émulsionnée dans de l'eau physiologique, 1 centigramme pour 20 centimètres cubes de liquide. Cette poudre, dont la conservation est indéfinie, lui a semblé le meilleur antigène. Voici les conclusions des A. :

1° La gono-réaction est toujours positive dans le cours de la gonococcie articulaire.

2° Sauf exception très rare, la réaction est toujours négative en dehors de l'infection gonococcique (les déviations de 5 unités doivent être considérées comme douteuses).

3° La gono-réaction semble disparaître avec la guérison de la blennorragie.

4° L'interprétation des réactions franchement positives est d'une netteté absolue ; l'interprétation des réactions faiblement positives demande de nouvelles recherches.

5° La gono-réaction est d'un secours extrêmement précieux dans le diagnostic de la nature d'un rhumatisme.

6° Sur 109 cas de rhumatisme, elle a été positive dans 18 cas cliniquement gonococciques, confirma les présomptions dans 14 autres cas ; elle a révélé la gonococcie dans 22 cas, écarté cette hypothèse dans 55 cas.

Jausion a obtenu de la gono-réaction des résultats analogues ; elle pécherait pour lui par défaut de sensibilité.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Recherches concernant l'influence des injections intraveineuses de novarsénobenzol sur l'azotémie, la glycémie et la cholestérinémie, par A. Leulier, J. Gaté et P. Linard. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 27, 16 octobre 1930, pp. 12-13, 3 tableaux.

Il y a peu de modifications des chiffres de sucre, d'urée et de cholestérine du sang après les injections. Il semble bien par conséquent que la thérapeutique novarsénobenzolique doive être considérée comme n'exerçant pas d'action appréciable sur le métabolisme sanguin des hydrates de carbone, de l'urée, et du cholestérol.

A. Bocage.

Recherches concernant l'élimination comparée de l'arsenic dans le sang et les urines chez les malades soumis aux injections intraveineuses de novarsénobenzol, par A. Leulier, J. Gaté et H. Linard. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 27, 16 octobre 1930, pp. 14-15, 1 tableau.

L'arsenic disparaît rapidement du sang périphérique (24 heures) alors que son élimination urinaire se poursuit pendant longtemps (4 jours après une décharge maxima vers la deuxième heure après l'injection). Il y a donc lieu de penser que l'arsenic s'accumule dans un viscère, probablement le foie. A. Bocage.

L'excitabilité neuro-musculaire dans le tabès, par G. Marinesco, O. Sager et A. Kreindler. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 27, 16 octobre 1930, pp. 50-52, 1 tableau.

Cherchant si les lésions de la voie sensitive ne retentissaient pas sur l'excitabilité musculaire, les auteurs ont mesuré la chronaxie chez des tabétiques non impotents. Ils ont constaté des modifications appréciables : tendance à la diminution, valeurs différentes d'un muscle à l'autre dans le même groupe, et même hétéro-chronisme entre le muscle et le nerf, dont la chronaxie est toujours plus grande que celle du muscle correspondant. A. Bocage.

Préparation de l'or colloïdal pour la réaction de Lange, par R. Wernicke et R. Biraben Losson. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 27, 16 octobre 1930, pp. 131-132.

Les auteurs ont constaté que la présence de traces de sulfure facilite considérablement la préparation. Ils donnent les détails de la technique qu'ils préconisent, basée sur l'emploi du sulfure de sodium.

A. Bocage.

Les réactions de Kahn et Wassermann chez les lépreux, par C. Trincao. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 27, 16 octobre 1930, p. 160.

Sur 61 lépreux non suspects de syphilis, 36 résultats concordants, 1 Bordet-Wassermann positif avec Kahn négatif et 21 fois Kahn plus ou moins positif alors que le Bordet-Wassermann était négatif. L'auteur estime défavorable l'excès de sensibilité de la réaction de Kahn.

A. Bocage.

Essais d'isolement « in vivo » du virus de la paralysie générale, par A. Bessemans et Fr. de Potter. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CV, n° 28, 24 octobre 1930, pp. 212-214.

Encore des échecs de tentative d'inoculation du virus soit en partant du sang soit en partant du liquide rachidien ou du cerveau lui-même : aucune syphilis apparente ou non ou transmissible ne se développa chez les animaux en expérience. A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Soufre thermal et bismuthothérapie, par Flurin et Casaubon. *Journal de Médecine de Paris*, t. CI, 10 octobre 1930, 19e cahier, article 29.735, p. 702.

Le rôle du soufre dans l'organisme est double ; rôle anabolique : le sou-

fre, faisant partie intégrante de toutes les molécules albuminoïdes du corps humain, joue un rôle indispensable dans l'édification des tissus ; rôle catabolique : le soufre est avant tout un excitant des combustions, un agent oxydo-réducteur.

L'intérêt des cures sulfurées tient à ce que les eaux sulfurées fortes renferment une dose infinitésimale de soufre, mais d'un soufre spécial doué d'un remarquable pouvoir catalytique. Ce soufre a une action indiscutable sur l'utilisation non seulement du mercure, mais aussi du bismuth.
H. Rabeau.

Paris Médical.

Chancres géants, par P. Blum et J. Bralez. *Paris médical*, 20e année, no 43, 25 octobre 1930, pp. 365-369, 5 fig.

Les auteurs décrivent le chancre érosif géant, le chancre ulcéreux et la forme tumorale ; ils insistent sur la fréquence d'une large réaction érythémateuse autour du chancre et l'importance de l'adénopathie. La pathogénie longuement discutée dans cet article reste obscure ; à noter qu'il s'agit presque toujours de chancres cutanés surtout abdominaux. Le diagnostic se discute surtout avec le cancer. Le traitement novarsénobenzolique est extrêmement efficace.
A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Nouveau procédé de diagnostic des lésions chancrelleuses : l'intraépidermo-inoculation de produits frais, par P. Ravaut, Rabeau et Didier Hesse. *Presse Médicale*, 38e année, no 83, 15 octobre 1930, p. 1393.

On sait combien il est parfois difficile de déceler le bacille de Ducrey sur frottis de lésions chancrelleuses et surtout de bubons. L'intra-épidermo-inoculation consiste à injecter dans l'épiderme du malade une petite quantité (3 divisions de la seringue de Barthélemy) du produit suspect. Elle peut déterminer : 1° des lésions typiques avec bacilles de Ducrey ; 2° des lésions papulo-nécrotiques ayant les caractères cliniques de chancres mous de réinoculation, mais sans bacilles de Ducrey ; 3° des lésions papuleuses sans bacilles.

Comparée à la cuti-inoculation par le procédé classique, elle se montre de beaucoup supérieure, étant le plus souvent seule positive. Cette méthode a permis aux auteurs de déceler la nature chancrelleuse de bubons anciens sans porte d'entrée visible, et aussi d'établir cette notion importante de porteurs de germes chancrelleux sans lésion apparente. Les auteurs apportent les résultats de leurs recherches portant sur 33 malades (30 hommes, 3 femmes) atteints de lésions présumées chancrelleuses des organes génitaux ou de l'anus, soit de bubons, soit des deux simultanément, étude complète de 46 lésions différentes par examens sur lames, cuti-inoculation, intra-épidermo-inoculation, intra-

dermo-réaction au Dmelcos. Un tableau résumant toutes les recherches montre la valeur de ce moyen de diagnostic permettant de mettre en évidence le bacille de Ducrey, seule preuve indiscutable de la nature de la lésion en cause (I. E. I. 40 o/o de résultats positifs, cuti-inoculation classique 4 o/o, examen sur lames 20 o/o). Reste à déterminer la signification des réactions douteuses. Sont-elles fonction de lésions chancrelleuses peu virulentes (ce qui est possible puisque les auteurs ont obtenu de telles lésions par passages en série de lésions à Ducrey), sont-elles fonctions d'autres infections dont ce procédé aidera à révéler la nature ?

Ce nouveau procédé doit désormais faire partie de ceux utilisés pour démontrer la nature chancrelleuse d'une lésion ; un résultat négatif ne permet pas d'éliminer cette origine, car dans quelques cas, chez des malades ayant des chancres typiques avec bacilles de Ducrey, il leur a été parfois impossible, même avec ce procédé, de démontrer la nature chancrelleuse du bubon et inversement. H. Rabeau.

Lyon Médical.

Un cas de lymphogranulomatose maligne de Hodgkin avec coexistence de lésions tuberculeuses, par Dumas, Bernay et Boucaumont. *Lyon Médical*, 62e année, t. CXLVI, no 37, 14 septembre 1930, p. 324.

Femme de 29 ans présentant à l'entrée à l'hôpital des adénopathies volumineuses des régions cervicales et axillaires gauches, de la région hilaire gauche avec compression et envahissement du poumon gauche. Ultérieurement des ganglions mésentériques apparurent. La biopsie d'un des ganglions montra une apparence néoplasique avec cellules de Sternberg typiques. Éosinophiles en petite quantité dans le sang et dans les ganglions. Pas de prurit. La réaction de Wassermann fut temporairement positive. Un traitement par rayons X amena la fonte rapide des ganglions externes. Tardivement la malade présenta des bacilles de Koch dans ses crachats et succomba bientôt à la cachexie.

Jean Lacassagne.

Formes particulières de la syphilis osseuse héréditaire dans la deuxième enfance, par Pouzet. *Lyon Médical*, 62e année, t. CXLVI, no 40, 5 octobre 1930, p. 402.

P. rapporte l'observation de deux malades présentant des lésions osseuses, d'un aspect encore inconnu, caractérisées par une lésion massive de la région métaphysaire vraisemblablement due, soit à de l'ostéomyélite gommeuse, soit à un trouble de l'ostéogénèse. Ces lésions sont susceptibles de guérir. Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Recherches sur la guérison spontanée des trichophyties superficielles (Untersuchungen über die spontane Abheilung von oberflächlichen Tri-

chophytien), par Stephan Epstein et Delma Grunomandel. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 2, 1930, p. 395, 14 figures.

Travail expérimental pour étudier le processus d'immunisation locale dans les trichophyties superficielles pendant et après l'infection. Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

1° Dans la trichophytie superficielle expérimentale de l'homme, qui guérit spontanément, il se produit une immunité locale ; cette dernière se développe dans la grande majorité des cas non seulement sur le foyer, mais aussi au pourtour de ce foyer sur une zone de 2 à 20 centimètres de largeur.

2° Par une seconde infection, on a pu, exclusivement sur des foyers trichophytiques presque ou complètement guéris, mettre en évidence l'immunité de la zone environnante et cela entre le 28e et le 96e jour après la première infection.

3° Il n'a pas été possible de démontrer l'existence de cette immunité dans la zone environnante d'un foyer en croissance ou en régression.

4° Il a été possible de prouver qu'on pouvait, par une seconde infection, déclencher une réaction précoce locale sur les foyers trichophytiques expérimentaux quand cette infection secondaire était pratiquée le 9e jour ou plus tard après l'infection primaire. Par cela ainsi que par la modification de l'évolution de la trichophytie secondaire, l'auteur a pu démontrer que l'allergie se développe également dans un voisinage plus éloigné du foyer primitif, sans toutefois produire une immunité complète sur ces points éloignés.

Ces processus font penser qu'il se réalise dans la zone libre, avant que cette dernière se montre réfractaire à une seconde inoculation, un mécanisme allergisant qui empêche le développement du foyer trichophytique et produit de cette façon sa guérison.

5° Une inoculation secondaire sur toute une série de lésions trichophytiques spontanées montre l'existence d'une concordance très prononcée, mais non complète entre la réaction précoce locale et l'hypersensibilité générale vis-à-vis de la trichophytine.

6° L'auteur a pu constater une immunité passagère après une inoculation de champignons pris sur les foyers de microsporie sous forme de cocardes et circinations. Ces formes spéciales peuvent être expliquées par cette immunité. Olga Eliascheff.

Sur la soi-disant botriomycose de l'homme (Ueber die sogenannte Botriomykose beim Menschen), par W. D. Martinowa. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 2, 1930, p. 429, 8 figures.

Description de la soi-disant botriomycose chez l'homme.

Femme de 30 ans atteinte depuis 6 ans de lésions à la jambe droite. Début par une rougeur et un œdème de la jambe ressemblant à un érysipèle qui rétrocédèrent en quelques jours. Plus tard se développèrent des infiltrats nodulaires suivis de suppuration.

L'examen histologique montra un processus inflammatoire du derme

dans les foyers jeunes, un infiltrat composé de lymphocytes, de jeunes fibroblastes et de plasmocytes en grand nombre. Dans les plus anciens foyers se trouvèrent en plus des leucocytes neutrophiles, de rares éosinophiles et des histiocytes remplis de pigment. Dans quelques-uns de ces foyers on pouvait constater des formations homogènes d'une forme irrégulière, rappelant les grains de l'actinomycose. Ces formations se composaient (coloration d'après Gram et Gram-Weigert) d'une masse mucoïde remplie de cocci Gram positifs, entourée d'une capsule à doubles contours.

Il s'agissait du *Botriococcus ascoformans* décrit pour la première fois par Bollinger chez le cheval. C'est le premier cas dans lequel on a pu démontrer l'agent pathogène de la botriomycose du cheval chez l'homme.

Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude des nodules des laitiers (Zur Frage der Melkerknoten), par H. O. Münsterer. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 2, 1930, p. 448, 1 figure.

Observation d'un cas de nodules des laitiers chez une domestique de ferme. Contamination en trayant les vaches porteuses aux pis de nodules du volume d'un pois, durs, de teinte rouge violacé. Lésions non douloureuses qui disparurent spontanément en 15 jours.

Un mois après l'apparition de ces nodules chez la première des vaches atteintes, apparut chez la domestique sur l'index gauche un petit nodule dur, non douloureux, qui augmenta rapidement de volume. Plusieurs nodules analogues apparurent sur les faces externe et interne de l'avant-bras droit, sur l'index droit, sur le dos de la main. Il s'agissait donc d'une maladie infectieuse transmise par contact. Guérison sans cicatrices.

L'examen histologique ne releva ni agent pathogène, ni corps étranger, ni les corpuscules décrits par Frieboes.

Olga Eliascheff.

Sur l'étiologie et la pathogénèse du botriomycome (Zur Ætiologie und Pathogenese des Granuloma teleangiektaticum), par Richard Geiger. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 3, 1930, p. 469, 2 figures.

L'auteur apporte l'observation d'une malade atteinte après une grippe de lésions angiomateuses multiples disséminées sur le corps. Ces lésions furent histologiquement identiques au botryomycome (granulome télangiectasique). L'altération primitive était une infiltration inflammatoire aiguë, suivie d'ectasies secondaires. Il ne faut donc pas ranger cette dermatose dans les granulomes infectieux.

Olga Eliascheff.

Transmission passive par la méthode des bulles de Kœnigstein-Urbach de l'idiosyncrasie vis-à-vis de l'albumine du lapin (Passive Uebertragung einer Kanincheneiweis-Idiosynkrasie mittels der Blasenmethode von

Kœnigstein-Urbach), par Robert BRANDT et Josef KONRAD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 3, 1930, p. 485.

Observation d'un malade porteur d'une réaction sérologique positive n'ayant jamais présenté de lésions syphilitiques. Il fut soumis en 1927 et 1928 à un traitement spécifique. On observa en 1929, en injectant au malade un extrait de syphilome du lapin (Luotest), une hypersensibilité vis-à-vis de l'albumine du lapin. Cette hypersensibilité a pu être transmise non seulement sous la forme d'une réaction tardive type Konigstein-Urbach, mais aussi sous forme d'une réaction immédiate et tardive type Prausnitz-Kustner.

L'auteur a pu démontrer la différence biologique entre le cours de ces réactions : réaction immédiate avec le sérum sanguin d'après Prausnitz-Kustner, réaction tardive avec la sérosité des bulles d'après Konigstein-Urbach. On constata aussi chez ce malade le phénomène de l'érythème sanguin. OLGA ELIASCHEFF.

Maladies de la peau, des muqueuses et des poils d'origine endocrine (Endokrin bedingte Haut-Schleimhaut- und Haarerkrankungen), par Erich URBACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 3, 1930, p. 492, 9 figures.

L'auteur apporte plusieurs observations de malades atteints de différentes dermatoses, de lésions des muqueuses et du cuir chevelu dues à une dysfonction des glandes endocrines.

1° Il s'agit d'une malade atteinte dès l'apparition des premières règles d'un eczéma grave, présentant un aspect d'érythrodermie. Après un traitement par l'extrait d'ovaire (progunon) on obtient une amélioration sensible de la dermatose, mais il resta toujours pendant la menstruation une tendance à l'eczéma suintant.

2° Jeune fille tardivement et irrégulièrement réglée atteinte de placards d'eczéma. Une guérison sans traitement local de ces placards est obtenue par le progunon associé aux irradiations de l'hypophyse.

3° Guérison complète d'un prurigo printanier d'Hutchinson à la suite de menstruation régulière, obtenue par l'irradiation de l'hypophyse.

4° Apparition, après la ménopause, chez une femme âgée de 37 ans de lésions vulvaires et péri-vulvaires rappelant la maladie de Fox-Fordyce, et dont les démangeaisons ne cédèrent à aucun traitement. Le traitement par le progunon agit rapidement sur le prurit et sur la dermatose. Une récidive, apparue après la cessation du traitement, céda aussi à cette thérapeutique.

5° Homme de 67 ans, avec signes d'hyperthyroïdie, atteint d'un myxœdème circonscrit symétrique des deux jambes. Le métabolisme basal étant diminué, ce cas ne rentre pas dans le myxœdème des basedowiens de Kernig, mais dans le groupe du myxœdème tubéreux atypique de Jadassohn-Doessekker.

6° Guérison, par un traitement thyroïdien, d'une chéilite exfoliée datant de trois ans.

7° Chute diffuse des cheveux chez une jeune fille de 19 ans, atteinte d'un diabète insipide et de manifestations cliniques, indiquant un insuffisance du lobe antérieur de l'hypophyse. Repousse complète des cheveux par l'irradiation de l'hypophyse.

8° Observation de deux cas de chute diffuse des cheveux et de pelade chez des femmes après une opération de Wertheim suivie d'une irradiation profonde des ovaires pour un néoplasme utérin. Repousse complète des cheveux par le progunon.

L'auteur conclut que l'influence des glandes endocrines sur le développement des poils est démontré expérimentalement ainsi que cliniquement. L'hypersécrétion des glandes endocrines exerce une action favorable sur la chevelure, tandis que l'hypofonction amène la chute des cheveux, mais il n'est pas encore démontré que l'influence des glandes endocrines sur les poils se manifeste directement ou par l'intermédiaire du système nerveux sympathique.

Olga Eliascheff.

Un cas de sarcoïdes cutanées (Darier-Roussy) avec lésions identiques dans le cerveau et les organes internes (Ein Fall von Hautsarkoiden (Darier Roussy) mit identischen Veränderungen im Gehirn und den inneren Organen), par J. Lenartowiez et I. Rothfeld. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cahier 3, 1930, p. 504, 12 figures.

Observation d'un cas de sarcoïdes du type Darier-Roussy, disséminées non seulement sur le tronc, mais aussi à la face et surtout sur les membres inférieurs.

Une jeune fille de 17 ans, sans signes cliniques de tuberculose, d'une famille saine, est atteinte dix-huit mois avant sa mort de lésions cutanées disséminées à la face, sur les extrémités et sur le dos. Apparition en même temps de céphalées suivies peu de temps après de vomissements. Quelques mois après diminution de la vision, allant jusqu'à la cécité complète de l'œil gauche. A l'examen ophtalmoscopique, on constate à droite une atrophie du nerf optique et une congestion passive de la papille optique ; à gauche, une tumeur de la rétine. Diminution de la mémoire et de l'intelligence. Quelques mois avant la mort apparaissent des crises épileptiformes et un an et demi après le début de la maladie la mort survient pendant une crise épileptique.

L'autopsie et l'examen histologique de la peau et des organes internes montrèrent :

Une tuberculose généralisée, des lésions tuberculeuses du cerveau, une tuberculose osseuse. On doit considérer comme foyer tuberculeux primaire une tuberculose des ganglions péri-bronchiques et des poumons (modifications du tissu conjonctif et calcification).

La maladie se propagea par les voies sanguine et lymphatique. En faveur de la chronicité du processus parlent les lésions tuberculeuses à des stades d'évolution différents : tubercules miliaires jeunes à côté d'une prolifération conjonctive avec calcifications par places.

Les tubercules étaient constitués par des cellules épithélioïdes et des lymphocytes avec de rares cellules géantes, ces dernières étaient plus nombreuses dans les ganglions lymphatiques. Peu de tendance à la caséification.

Les lésions pathologiques prirent naissance au pourtour des petits vaisseaux (processus visible le mieux dans le cerveau). La structure du tissu de granulation était presque identique dans tous les organes. On peut conclure d'après la tendance tissulaire à s'organiser, d'après le peu de tendance à la caséification et d'après le caractère chronique des lésions, a une virulence atténuée de l'agent pathogène, ainsi qu'à une bonne défense de l'organisme ; il exista donc une allergie dans tous les organes, mais l'infection trouva dans le cerveau des conditions biologiques favorables pour son développement et cela fut la cause de l'issue fatale. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le dépôt de nodules lymphatiques (Lymphocytomes) dans la peau de la face (Ueber lymphatische Knötcheneinlagerungen (Lymphocytome) in der Gesichtshaut), par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CXLI, cahier 3, 1930, p. 520, 3 figures.

Observation personnelle et bibliographie sur les lymphocytomes cutanés de la face. Femme de 36 ans, présentant sur les deux joues, sur le front et sur le nez de multiples papules, allant du volume d'une tête d'épingle à un grain de plomb, isolées ou groupées, recouvertes de peau intacte. Ces papules sont soit légèrement proéminentes, soit de niveau avec la peau. Elles sont nettement transparentes, de teinte brun jaunâtre, de consistance ferme et entourées de peau normale. Sur les deux joues, nombreuses télangiectasies qui donnent un aspect rougeâtre à la peau.

Réactions sérologiques négatives, ainsi que le Pirquet.

L'histologie montra dans le derme des formations nodulaires ovoïdes, nettement limitées. Ces nodules sont composés de cellules rondes, petites, avec un petit noyau rond très fortement coloré ; les cellules sont disposées très serrées les unes contre les autres. Des foyers analogues isolés et péri-vasculaires se trouvent dans le derme proprement dit, il s'agit d'éléments lymphocytaires.

La maladie consiste donc dans une hyperplasie du tissu lymphatique embryonnaire pré-existant. Ces lymphocytomes sont de nature bénigne.

OLGA ELIASCHEFF.

Contributions à l'étude des dermatomycoses. 4e communication. Essais avec l'Achorion gypseum chez les animaux à sang froid (Beiträge zur Lehre der Dermatomykosen. IVe Mittelung. Kaltblüterversuche mit Achorion gypseum), par E. KADISCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 3, 1930, p. 529, 1 figure.

Travail expérimental sur la présence de l'*Achorion gypseum* dans les organes internes de la grenouille après l'infection sous-cutanée, intrapéritonéale et intracardiaque. L'auteur conclut que l'on peut

démontrer la présence de champignons, assez longtemps après l'infection, dans les organes internes de la grenouille. Ces résultats furent obtenus chez les grenouilles tenues à la température du laboratoire. On peut donc expliquer le dermotropisme des champignons cutanés par la température de la peau laquelle est sensiblement plus basse chez les animaux à sang froid que la température des autres animaux.

L'*Achorion gypseum* pousse abondamment et rapidement dans une atmosphère humide sur les organes stérilisés de la grenouille.

OLGA ELIASCHEFF.

La tendance non spécifique de la peau à la formation de bulles dans les dermatoses (Die unspezifische Bereitschaft der Haut zur Blasenbildung bei Hautkrankheiten), par Erich ELSNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 3, 1930, p. 574.

L'auteur a examiné un assez grand nombre de malades atteints de différentes dermatoses au point de vue de leur tendance à la formation de bulles cutanées. Elle s'est servie de la méthode de Hahn. Cette dernière consiste à produire les bulles par injection intradermique d'urée. Les résultats furent les suivants :

On peut, avec la méthode de Hahn, provoquer des bulles cutanées en quelques minutes sans nuire au sujet examiné et ainsi déterminer dans un temps très court quantitativement et exactement la tendance de la peau à la formation de bulles. La concentration, c'est-à-dire le seuil de la bulle, est toujours la même pour la même région cutanée ainsi que pour le même sujet. Elle oscille individuellement entre 10 et 12 o/o pour la face interne de l'avant-bras.

Sur 100 sujets atteints de dermatoses, 95 présentèrent un seuil normal et l'auteur conclut que les dermatoses n'ont en général aucune influence sur la formation de bulles cutanées non spécifiques. Mais E. a pu constater une diminution non physiologique du seuil de la formation de bulles dans un cas d'épidermolyse bulleuse et dans un nævus anémique au voisinage immédiat de la peau atteinte et une augmentation de ce seuil dans l'urticaire et le dermographisme.

OLGA ELIASCHEFF.

Pyodermite chronique papillaire ulcérée de Zurhelle (Pyodermia chronica papillaris exulcerans (Zurhelle), par J. H. BROERS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 3, 1930, p. 586, 2 figures.

Observation d'un cas de pyodermite chronique papillaire ulcérée de Zurhelle. Cette lésion, d'une durée de 10 ans, fut complètement guérie en six semaines par une pommade composée de résorcine, acide salicylique et acide pyrogallique appliquée pendant 3 jours et suivie d'une pommade au naphthalan à 5 o/o.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le développement des éruptions syphilitiques secondaires (Ueber die Entstehung der sekundären luetischen Exantheme), par Ernst Friedrich

Muller et Ernst Delbanco. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 3, 1930, p. 595

Les auteurs tentent d'expliquer l'apparition brusque des lésions syphilitiques secondaires de la façon suivante :

1° Dès le début de l'infection syphilitique se développe une réaction de défense qui augmente peu à peu, identique à celle des autres maladies infectieuses et qui est liée surtout aux fonctions du foie, de la rate et des autres organes abdominaux.

2° L'augmentation de cette réaction de défense des organes internes, d'une durée assez prolongée, influence toutes les fonctions vitales physiologiques et elle produit des troubles cliniquement manifestes, des troubles de la digestion, de la température, de la respiration, de la circulation, etc. Elle produit par la voie splanchno-périphérique une diminution de la fonction physiologique cutanée, sans nuire directement à la peau ou à ses éléments.

3° Au maximum de la défense, à la suite de la diminution intensive de la fonction des organes extra-abdominaux, spécialement de la peau, il se produit une diminution si énergique des processus biologiques cutanés, que la peau n'est plus en état de se défendre contre les microbes et les produits toxiques qui se trouvent dans la circulation.

4° Il se produit alors une saturation de la peau par les produits toxiques et par le tréponème, lesquels produisent à leur tour une réaction locale : la roséole. Si la multiplication du parasite vivant, arrivé à la peau, continue, la roséole se transforme en papules avec toutes ses variétés. Ces dernières dépendent plutôt de la diminution de la force de résistance des éléments cutanés que de la virulence de l'agent pathogène. Olga Eliascheff.

Sycosis profond d'origine staphylococcique (Sycosis profunda staphylogenes), par Rudolf Bezecny. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXI, cah. 3, 1930, p. 658, 1 figure.

Observation d'une infection due aux staphylocoques, se présentant sous le tableau clinique d'un Kérion de Celse.

L'auteur attribue cette forme atypique à une modification de la réaction cutanée à la suite d'une néphrite chronique grave (urémie chronique suivie de mort). Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La syphilis est-elle guérissable ? (Ist Syphilis heilbar ?), par E. Hoffmann. *Dermatologische Zeischrift*, t. LIX, fasc. 5, octobre 1930, p. 279

Une syphilis est guérie quand le malade est indemne de toute espèce d'accidents directs ou indirects, possède une sérologie entièrement normale, un liquide céphalo-rachidien sain, s'il y a réinfection bien constatée, point de spirochètes ni à l'examen ni à l'inoculation, le tout pendant un laps de temps de 10 à 20 ans. Sur ces bases, E. H. affirme

qu'on peut souvent obtenir une guérison totale par la cure maximale ; celle-ci comporte de 5 gr. 85 à 7,05 de néosalvarsan, associés à 14,5 et 17,5 de bismuth administrés en 5 ou 6 semaines, les doses étant diminuées d'un cinquième pour la femme. Il faut répéter 2 à 3 cures semblables à 5 semaines d'intervalle. Le résultat est presque constant s'il s'agit d'une syphilis très récente, présérologique ; s'il s'agit d'une syphilis secondaire, 3 cures procurent moins régulièrement, mais très souvent encore un résultat semblable.

La syphilis est souvent curable quand elle est traitée de la sorte (d'après 100 cas). CH. AUDRY.

La vaginite par trichomonas (Die Trichomonas vaginalis Kolpitis), par R. KULISCH et O. GRIMM. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 5, octobre 1930, p. 291, 1 fig.

L'existence du *trichomonas* du vagin est connue depuis 1832 (Donné). Les auteurs décrivent les modes de recherche : ultra-microscope, Gram, et on le cultive (Davis et Colwell) sur liquide de Locke, bouillon sucré additionné de 5 o/o de sérum sanguin. K. et G. ont trouvé *trichomonas* 28 fois sur 50 femmes atteintes de pertes blanches non spécifiques ; épaisses, mousseuses, accompagnées souvent d'intertrigo. Ils estiment que le rôle pathogénique de *trichomonas* ne peut être mis en doute ; mais ils attendent encore la preuve par l'inoculation de cultures pures. La vaginite guérit habituellement par le sublimé au millième et la glycérine boratée ; les récidives sont fréquentes.

CH. AUDRY.

Une contribution à l'étude de la réaction de déviation du complément dans la blennorragie (Ein Beitrag zu der Lehre von der Komplementbindungsrecktion bei Gonorrhœ), par H. Hanns NEUBERG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, fasc. 5, octobre 1930, p. 297.

L'auteur a suivi la technique de Cohn. Il a examiné 159 sérums blennorragiens. Sur 53 blennorragies aiguës non compliquées, 9 réactions négatives ; sur 77 blennorragies compliquées, 7 réactions négatives (dont 2 cas sans gonocoques au moment de la réaction et 3 cas d'arthrites anciennes sans gonocoques). Sur 9 blennorragies chroniques et récidivantes, 7 résultats positifs. Sur 18 blennorragies guéries, 7 réactions encore positives. 166 malades non blennorragiens ont été soumis à la même réaction. Il y a eu un pourcentage élevé de réactions non spécifiques chez les syphilitiques (9 o/o) et les chancrelleux (7 o/o). La persistance de la réaction chez des malades cliniquement et bactériologiquement guéris depuis longtemps ne signifie pas qu'il persiste chez eux un foyer latent ; inversement, une réaction négative n'égale pas toujours guérison définitive. L. CHATELLIER.

La valeur de la réaction de Bordet-Gengou dans la clinique de la blennorragie (Die Bedeutung der Bordet-Gengou Reaktion in der Klinik der Gonorrhœ), par PETSCHNIKOW et ZALISCHTSCHEWA. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 5, octobre 1930, p. 303.

Les auteurs ont appliqué cette réaction à 1.126 malades, blennorragiens à toute période et non blennorragiens. Pour eux, une réaction positive témoigne d'un foyer infectieux actif ou latent. Dans les infections latentes avec réactions positives, il convient de multiplier les épreuves provocatrices et de prolonger la surveillance clinique. La réaction ne renseigne pas sur la persistance ou la guérison des foyers et ne peut être le seul critérium pratique. Elle doit s'associer aux autres modes de contrôle. L. Chatellier.

Uréthrite masculine par trichomonas du vagin (Die Trichomonas vaginalis Urethritis beim Manne), par O. Grimm. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 5, octobre 1930, p. 314.

L'uréthrite masculine par *trichomonas* a été signalée dans un petit nombre de cas depuis 1893 (Miura) et particulièrement étudiée par Capek (1927) qui en a cité 2 cas, dont un avec épididymite. G. croit cette maladie assez fréquente ; il en donne 5 observations recueillies en 5 mois ; c'est une soi-disant uréthrite simple, très tenace, caractérisée par un écoulement blanchâtre, inégal, restreint, variable ; habituellement, c'est une uréthrite antérieure, mais on a signalé des cas ascendants avec hématurie. L'étiologie s'explique facilement par la présence du *trichomonas* dans le vagin. Le diagnostic se fait par la constatation du *trichomonas* dans le pus de l'urèthre, associé ou non à d'autres microbes, mais sans gonocoques. Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Analyse chimique de l'irritabilité de la peau dans un cas d'idiosyncrasie à la résorcine (Chemische Analyse der Hautempfindlichkeit bei einem Fall von Resorzinidiosynkrasie), par E. Nathan et Fr. Stern. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 40, 4 octobre 1930, p. 1471.

Dans un cas d'idiosyncrasie à la résorcine, les auteurs ont pu établir que l'action irritante dépendait bien de la molécule résorcine totale ou non de ses composants : pyrocatéchine, hydroquinone, ou autres phénols. L'action irritante tient à la structure même de la molécule. L'action irritante n'est pas suspendue par l'introduction d'un groupe méthyle dans le groupe OH de la molécule de résorcine, mais elle est supprimée par l'introduction d'un autre groupe méthyle dans l'autre groupe OH. Ch. Audry.

Expériences sur la chute et la croissance des poils (Experimentelle Erzeugung von Haarausfall und Haarwachstum), par Abelin. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 40, 4 octobre 1930, p. 1475.

Chez le rat, une alimentation exclusive par le biscuit détermine une chute des poils qui relève probablement d'un trouble endocrinien, spécialement thyroïdien. De petites quantités de corps thyroïde les font repousser, mais il n'y a pas que les hormones pour exercer cette action. De petites doses de cystine procurent le même résultat.

Ch. Audry.

Etude sur la syphilis expérimentale (Syphilis de la souris) (Beitrag zur experimentallen Syphilis (Mäusesyphilis), par Lenartowicz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 41, 11 octobre 1930, p. 1515.

La souris, comme le lapin, est réceptive à l'infection spirochétique. L. a réalisé l'inoculation directe de l'homme à la souris. Il injecte sous la peau du dos de l'animal 0 cm³ 2-0 cm³ 5 de la suspension de spirochètes (sérosité de chancre ou de papules), ou bien les tissus malades, préalablement broyés. Les produits injectés doivent être purs de streptocoques et de pneumocoques, surtout quand il s'agit de souris blanches. La syphilis évolue sans symptômes ; seule l'injection des organes au lapin en démontre l'existence. L. a obtenu 11,1 o/o de résultats positifs. L'inoculation au lapin des souris inoculées est toujours restée négative, alors que Koths et Schlossberger avaient obtenu 73 o/o de résultats positifs. Cette différence est due à la différence des virus, puisque ces derniers auteurs avaient inoculé à la souris la syphilis du lapin.

L. a inoculé à 31 souris le sang de syphilitiques secondaires. Il a réinoculé seulement les organes de 4 de ces souris, avec un seul résultat positif. La syphilis humaine inoculée à la souris est transmissible à la descendance de l'animal.

En somme, la souris constitue un bon animal pour l'étude de la syphilis expérimentale. L. Chatellier.

Cystite aiguë par une levure pathogène (Ein Fall von akuter Zystitis verursacht durch eine pathogene Hefe), par M. Ota et R. Masuda. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 41, 11 octobre 1930, p. 1521.

Les auteurs commencent par énumérer les lésions connues comme blastomycoses (12 variétés suivant les localisations). Il existe un certain nombre de cas de cystite, souvent chez des diabétiques, où on a découvert des levures probablement pathogènes. Les auteurs ont observé chez un garçon de 19 ans, non diabétique, une cystite aiguë avec hématurie et un état urticarien de la surface vésicale (cystoscopie) dus à une levure qui fournit une culture gris-blanc et ne répondait à aucune des formes de monilia actuellement déterminées. La maladie guérit facilement avec des lavages boriqués. La cuti-réaction à un autovaccin était positive. Le parasite était très pathogène pour la souris (rate et reins) non pour le cobaye et le lapin. Ch. Audry.

Choïlonychie totale (Koïlonychia totalis), par A. Müller. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 42, 18 octobre 1930, p. 1559.

Une fille de 12 ans, chétive, présente des altérations eczématiformes des orteils et des doigts, avec choïlonychie de tous les ongles des doigts. On peut avec Heller l'expliquer par le ratatinement de l'ongle sur son lit, et aussi par un certain degré de friabilité et de fléchissement de la substance onguéale. Ch. Audry.

Sur l'utilité de compléter la réaction de Wassermann par les réactions de floculation et d'éclaircissement (Ueber die Notwendigkeit der Ergänzung der Wassermannschen Reaktion durch die Flockungs- und Klärungsreaktionen), par E. Meinicke. *Dermatologische Wochenschrift*, t XCI, n° 42, 18 octobre 1930, p. 1564

A la suite de la Conférence de Copenhague (1928) M. s'est attaché à renforcer sa réaction d'opacification, dont l'antigène était constitué par un extrait organique additionné de baume de tolu. Il y est arrivé en triplant la dose de baume. La nouvelle réaction (M. K. R.) ou réaction d'éclaircissement, se caractérise par une floculation intense dans les sérums positifs, une sédimentation et, par suite, un éclaircissement des tubes, contenant d'abord un liquide laiteux. Avec cette nouvelle réaction, trois méthodes sont possibles.

1° La micro-réaction rapide, à employer quand on dispose d'une très faible quantité de sérum. La réaction s'effectue sur lames, comme les réactions d'agglutination. Technique : on mélange une öse de sérum non chauffé (diamètre de l'öse : 2 mm.) à une öse d'antigène (diamètre de l'öse : 4 mm.) fraîchement préparé et muri pendant 2 minutes. L'antigène doit être diluée dans une solution salée à 3,5 o/o. On porte directement le mélange sur la lame. Les préparations restent 1 heure à 20°, en chambre humide. Lecture au microscope à un grossissement de 80 : les sérums négatifs donnent une image modérément grenue et de couleur brun jaunâtre ; les sérums fortement positifs montrent l'accumulation des petits grains en flocons et grumeaux, séparés d'espaces clairs ; les sérums faiblement positifs forment des flocons plus petits, entourés d'espaces clairs plus petits contenant encore quelques grains. Un état grenu irrégulier sans floculation nette doit être interprété comme un résultat douteux.

2° La micro-macro-réaction, quand on dispose d'une assez grande quantité de sérum. Dans un tube, on mélange o cm³ 2 de sérum et o cm³ 5 d'antigène préparé comme dans la micro-méthode et l'on agite bien. Immédiatement après l'agitation, on prélève une goutte du mélange qu'on porte sur la lame. Pour cela, plonger dans le tube de réaction un tube de verre à bout rodé de 15 centimètres de long et 2 millimètres de large, et déposer une goutte de 5 millimètres de diamètre. Séjour d'une heure en chambre humide et lecture au microscope. Pour obtenir une macro-réaction d'éclaircissement, il suffit d'ajouter au tube, après prélèvement de la micro-réaction, o cm³ 1 d'une solution d'acide chlorhydrique à 1 o/o, d'agiter et laisser pendant 12-24 heures à 20° : sédimentation complète avec les sérums positifs forts ; éclaircissement partiel avec les sérums faiblement positifs ; trouble laiteux avec les sérums négatifs.

3° La macro-réaction quantitative, lorsqu'on dispose d'une grande quantité de sérum. On combine en outre micro et macro-réaction. Dans tous les tubes on met o cm³ 2 de sérum non chauffé ; pour le liquide, o cm³ 25. Puis on ajoute o cm³ 5 des diverses dilutions d'antigène :

la 1re dilution se fait avec de l'eau salée dont la teneur en carbonate de soude est de 0,01 o/o ; la 2e, avec une teneur de 0,015 o/o ; la 3e, avec une teneur de 0,03 o/o qui correspond à 3,5 o/o de sel. Le troisième mélange sert surtout pour la micro-réaction ; l'addition d'HCl est inutile pour la réaction d'éclaircissement dans les 2 premières. Dans les réactions très fortement positives, sédimentation totale dans les trois tubes au bout de 16-20 heures. Dans les réactions fortement positives, dans les 2 premiers, sédimentation totale ; incomplète dans le 3e. Dans les réactions faiblement positives, sédimentation totale dans le 1er tube, incomplète dans les deux autres. Si la sédimentation (donc l'éclaircissement), est incomplète dans les 3 tubes, réaction douteuse.

La micro-réaction est plus sensible que la macro-réaction, dont la supériorité réside dans une appréciation quantitative plus fidèle.

M. a comparé sa réaction d'éclaircissement à ses précédentes réactions et à celle de Muller. La première s'est révélée la plus sensible. Elle est supérieure à la réaction de Wassermann et à la réaction de Kahn.

Ses principaux avantages résident dans la simplicité de sa technique, l'objectivité des lectures et son utilisation avec tous les sérums (hémolysés, ictériques, troubles). Malgré sa grande sensibilité, elle est spécifique.

Tous les sérologistes savent que la réaction de Wassermann est positive dans des cas où toutes les réactions de floculation sont négatives, et inversement. Il est donc indispensable de compléter l'une par les autres.

L. Chatellier.

Etiologie de la dysidrose (Die Ætiologie der Dyshidrose), par D. V. Kemeri. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 43, 25 octobre 1930, p. 1587.

K. distingue les dysidroses vraies essentielles, des fausses (les dysidroses mycosiques). Il insiste sur la fréquence des accidents articulaires et musculaires chez les porteurs de dysidrose vraie, sur leurs relations étroites avec le rhumatisme, sur l'utilité du traitement du rhumatisme (salicylate de soude, atophan). Dans un grand nombre de cas, on découvre qu'il s'agit de rhumatisme d'origine focale (dentaire, pharyngée).

Ch. Audry.

Extrait de spirochètes comme antigène de la Réaction de Wassermann dans le sang et le liquide (Spirochätenextrakt als Antigen zur Wassermannschen Reaktion in Blut und Liquor), par F. Marquardt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 43, 25 octobre 1930, p. 1591.

M. a comparé les résultats de la réaction de Wassermann faite avec la suspension de spirochètes de la « Sächsischen Serumwerke » aux résultats de la réaction de Wassermann faites avec un antigène foie, et un autre antigène cœur de bœuf, ainsi qu'aux résultats des réactions de floculation. Ses recherches ont porté sur 158 syphilitiques (S^{I}, S^{II}, S^{III}, paralysie générale, tabès, syphilis latente), sur 47 liquides syphilitiques et 25 liquides non syphilitiques.

Pour les sérums, il y a concordance entre les divers antigènes avec

une sensibilité plus grande de l'antigène spirochétique dans la période primaire, la syphilis secondaire et la syphilis cérébrale ; cette sensibilité est toutefois inférieure à celle de la réaction d'éclaircissement de Meinicke.

Mais l'avantage de l'antigène spirochète est des plus nets dans les réactions du liquide céphalo-rachidien.

Les résultats dans 858 sérums négatifs ont été négatifs avec tous les antigènes. L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Un cas de xanthome multiple avec hypothyroïdie (Case of xanthoma multiplex associated with hypothyroïdism), par Christie, Lyall et Anderson. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 504, octobre 1930, p. 429.

Description d'un cas de xanthome multiple des membres chez une femme de 44 ans. Glycémie normale, hyperlipémie et hypercholestérinémie à 426 milligrammes pour 100 centimètres cubes, métabolisme basal —27 o/o révélant un état d'hypothyroïdie marquée. Tandis que la diète et un traitement insulinique n'avaient amené aucune modification dans l'état de la malade, l'opothérapie thyroïdienne à hautes doses ramena en 3 mois le métabolisme basal à —6 o/o, fit diminuer le taux de la cholestérine dans le sang (228 mgr.) et fut suivi d'un affaissement notable des xanthomes.

Dans le xanthome non diabétique, l'origine de la lipémie est inconnue ; le régime ne la diminue pas et l'insuline est inopérante, contrairement aux cas accompagnés de diabète.

L'existence d'une hypothyroïdie notable dans le cas cité par C., L. et A. est susceptible d'éclairer la pathogénie de certains cas de xanthome non diabétique. L'abaissement de la cholestérinémie coïncidant avec l'augmentation du métabolisme basal, correspond bien aux constatations expérimentales qui ont été faites au cours de l'hyperthyroïdie et du myxœdème et qui ont permis d'établir l'existence d'un rapport inverse entre la cholestérinémie et le métabolisme basal : au cours du myxœdème, en effet, la cholestérinémie diminue par la médication thyroïdienne en même temps que le métabolisme basal augmente.

S. Fernet.

Un cas de kystes cornés multiples des canaux sudoripares (A case of multiple horny cysts of the sweat ducts), par Davies. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 504, octobre 1930, p. 437, 3 fig.

D. a observé, chez une femme de 70 ans, de multiples petits kystes sur la poitrine, le cou, les membres, dans les aisselles et les aînes. La peau était très pigmentée et prurigineuse, mais il n'existait aucune

excoriation et aucune infection des lésions. Celles-ci se présentaient comme de petites papules coniques de 2 à 3 millimètres de diamètre dont l'épiderme aminci permettait de voir, par transparence, le contenu globuleux, blanchâtre. Avec une aiguille, on pouvait extraire ce contenu, une masse humide, sphérique, jaunâtre, de consistance élastique, pouvant être roulée comme une petite bille.

L'histologie montra que ces kystes étaient constitués par des diverticules appendus aux canaux excréteurs des glandes sudoripares à mi-distance de celles-ci et de la surface de la peau. Il y avait un seul kyste par canal ; les parois des canaux étaient épaissies, kératinisées. Les kystes contenaient une perle de matière cornée lamelleuse.

S. FERNET.

La réaction à la tuberculine dans la lèpre (The tuberculin reaction in leprosy), par EVANS. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 504, octobre 1930, p. 443.

La spécificité des tuberculino-réactions au cours de la lèpre a été mise en doute par quelques auteurs : on observerait, d'après eux, chez les lépreux des réactions positives alors qu'aucun autre signe ne permet d'affirmer l'existence de la tuberculose ; la positivité d'une tuberculino-réaction, en dehors de toute tuberculose, serait même un argument en faveur du diagnostic de lèpre.

E. a pratiqué des réactions à la tuberculine chez les lépreux de la Jamaïque et parallèlement chez des sujets sains. Avec des dilutions diverses, il a trouvé des pourcentages sensiblement égaux de réactions positives chez les lépreux et dans la population libre et conclut que la lèpre ne crée aucune sensibilité particulière à la tuberculine. Celle-ci ne peut donc, en aucun cas, servir au diagnostic de la lèpre.

S. FERNET.

La Semana Medica (Buenos-Ayres).

La constitution biologique comme facteur de la pathologie et de la thérapeutique de la syphilis (La constitucion biologica como factor de la patologia y terapeutica de la sifilis), par Mario E MASSA. *La Semana Medica*, 37e année, n° 34, 21 août 1930, p. 545 ; 16 pages.

Chaque organisme infecté par le spirochète de Schaudinn réagit à sa manière et ce n'est pas précisément le germe qui détermine le caractère spécial de la maladie.

Certaines syphilis restent latentes et ne donnent lieu à des accidents qu'à l'occasion d'une maladie aiguë ou d'un traumatisme débilitant l'organisme et créant un état d'anergie.

La dualité de race du tréponème ne saurait être admise. Ce germe constitue une unité biologique et chaque organisme, suivant son idiosyncrasie individuelle, crée son propre polymorphisme pathologique.

Au concept bactériologique de spirochètes dermato-organotropes et

de spirochètes neurotropes s'oppose, basée sur la clinique, la notion des constitutions neuro-sensibles, des constitutions organo-dermato-sensibles et des constitutions de sensibilité mixte vis-à-vis du germe de la syphilis.

De même la notion classique de spirochètes salvarsano-résistants, bismutho-résistants et mercuro-résistants, doit être remplacée par celle des constitutions salvarsano, bismutho et mercuro-résistantes.

Dans l'organisme, la lutte contre la syphilis est une lutte essentiellement biologique. Le substratum organique et particulièrement le système réticulo-endothélial jouent un rôle fondamental en incorporant à leur plasma les agents chimiques pour les transformer en éléments d'action spécifique, capables de détruire les germes ou de neutraliser leurs toxines.

Sans défense organique toute médication chimique antisyphilitique est impuissante. La stimulation des éléments organisés pour une telle défense peut rendre efficace un traitement spécifique dont l'action était auparavant médiocre ou nulle. La chimiothérapie pure doit céder la place à une biothérapie rationnelle. J. MARGAROT.

Boletim da Sociedade de Medicina e cirurgia de São Paulo.

L'érythème polymorphe dans la lèpre (O erythema polymorpho na lepra), par Aguiar PUPO. *Boletim da Sociedade de Medicina e cirurgia de São Paulo*, vol. XIV, nº 4, juin 1930, p. 153.

L'érythème polymorphe peut constituer un syndrome de début, masquant les caractères habituels de la lèpre, ou apparaître au cours d'une maladie confirmée.

Sur 585 lépreux il a été observé 9 fois comme forme initiale et 17 fois à titre de manifestation intercurrente. Ces derniers cas répondent à 4 lèpres mixtes et à 13 lèpres nerveuses ou maculeuses. Ils concernent surtout des sujets en cours de traitement. Le type noueux a été le plus fréquemment noté.

Dans les cas de lèpre dissimulée par un érythème exsudatif multiforme, le diagnostic a été fait par la mise en évidence du bacille de Hansen dans la lymphe ganglionnaire et par la réaction de Gomès.

On peut expliquer ces syndromes par une toxémie due à des destructions bacillaires par des anticorps bactériolytiques ou par des agents médicamenteux. Leur caractère de réaction allergique constitue une contre-indication à une thérapeutique spécifique intense. Celle-ci doit momentanément faire place à une médication destinée à augmenter les forces de l'organisme et à faire cesser l'intolérance médicamenteuse. A. G. préconise dans ces cas le cinnamate de benzyle associé à la cholestérine. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Kératodermie blennorragique (Keratoderma blennorrhagicum), par Barret. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 4, octobre 1930, p. 625, 8 fig.

Description de deux cas de kératomes blennorragiques disséminés ; un diplocoque Gram négatif a pu être décelé dans les lésions cutanées. Les cultures du sang ont été négatives. S. Fernet.

La perlèche des adultes (Perlèche of adults), par Skolnik. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 4, octobre 1930, p. 642.

S. a étudié 5 cas de perlèche chez des adultes. Il a pu isoler dans les lésions un cryptocoque qu'il considère comme pathogène et du staphylocoque. L'inoculation du cryptocoque à la peau saine du dos a donné lieu à une lésion érythémateuse avec érosion centrale qui a persisté pendant 4 semaines et qui, réensemencée, a fourni des cultures de cryptocoque et de staphylocoque. S. Fernet.

Pyoderma (ecthyma gangrenosum), par Brunsting, Goeckerman et O'Leary. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 4, octobre 1930, p. 655, 11 fig.

S. réunit cinq observations de pyodermite généralisée avec vastes ulcérations et sphacèle chez des sujets encore jeunes mais très débilités par des infections de longue durée. Quatre malades présentaient des colites ulcéreuses avec diarrhée dysentériforme, un malade avait été opéré d'une pleurésie purulente. Dans aucun de ces cas on ne put établir de parenté directe entre l'affection générale et les accidents cutanés ; il s'agissait, en effet, de colites non spécifiques sans amibes et sans parasites. Les cultures du sang étaient négatives. Les lésions cutanées ne contenaient que les microbes vulgaires de la suppuration et l'on dut s'arrêter au diagnostic d'ecthyma à évolution gangréneuse en raison de l'état général déficient des malades. S. Fernet.

Dermatitis nodularis necrotica, par Eichenlaub. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 4, octobre 1930, p. 681.

Ce que les auteurs américains décrivent sous ce nom c'est une éruption généralisée à poussées successives, éminemment polymorphe, papuleuse, pustuleuse, ulcéreuse, hémorragique et nécrotique, prédominant aux extrémités, qui se confond morphologiquement avec les syndromes décrits sous les noms divers de toxi-tuberculides ou de tuberculoses multiformes, angiomateuses ou pustulo-ulcéreuses, mais dont la nature tuberculeuse n'est pas démontrée. E. en décrit un nouveau cas chez un homme de 32 ans dont le corps était criblé de ces lésions polymorphes à divers stades de leur évolution et de nombreuses cicatrices plus ou moins chéloïdiennes. S. Fernet.

Un nouveau traitement du psoriasis (A new form of therapy for psoriasis), par Campbell et Frost. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 4, octobre 1930, p. 685, 2 fig.

C. et F. ont traité quinze cas de psoriasis par des injections intramusculaires d'une suspension alcoolique de squames psoriasiques pulvérisées : 0 gr. 20 de squames dans 20 centimètres cubes d'alcool pur. Des injections de 1 à 3 centimètres cubes de cette suspension étaient faites tous les 3 ou 4 jours sans occasionner d'accidents d'aucune sorte. C. et F. ne précisent pas le pourcentage des guérisons obtenues mais déclarent en avoir observé suffisamment pour poursuivre leur expérimentation dans cette voie. Lorsque la guérison se produit, elle débute par le centre des plaques ou par plusieurs points centraux isolés sur les placards étendus ; les zones périphériques desquament et blanchissent en dernier lieu. S. Fernet.

Medical Journal and Record (New-York).

Parapsoriasis varioliforme (Pityriasis lichénoïdes et varioliformis acuta), par Wise et Sulzberger. *Medical Journal and Record*, 1er octobre 1930, p. 331, 5 fig.

En raison de sa rareté, W. et S. décrivent un nouveau cas de cette affection, décrite par Mucha en 1916, et dont une quarantaine de cas seulement ont été signalés.

Il s'agissait, chez un homme de 20 ans, d'un parapsoriasis lichénoïde typique compliqué de lésions polymorphes et polychromatiques ; macules, papules, vésicules hémorragiques excoriées et croûteuses par suite d'un processus d'ombilication ou de nécrose centrale. A côté des éléments en évolution, il existait de nombreuses cicatrices ponctiformes consécutives à des lésions antérieures. Pas de troubles généraux. L'affection évoluait depuis six mois et n'avait, par conséquent, pas l'évolution aiguë constatée dans d'autres cas. S. Fernet.

Sensibilisation à la trichophytine (Trichophytin sensitization), par Ramirez. *Medical Journal and Record*, 15 octobre 1930, p. 382.

R. décrit un cas de crise hémoclasique déterminée par la trichophytine. Il s'agissait d'une femme de 36 ans, atteinte d'une épidermomycose interdigitale depuis deux ans et présentant, en outre, des paroxysmes d'éternuement, de prurit et de dyspnée, simulant le rhume des foins. Les cuti-réactions aux pollens et aux albumines alimentaires étaient négatives. L'intradermo-réaction à la trichophytine était positive ; au cours de celle-ci la malade présenta de l'enchifrènement, du prurit et de l'oppression. Une seconde injection de trichophytine, faite huit jours après, détermina une grande crise d'éternuement, d'urticaire généralisée, de dyspnée avec râles et sibilances simulant un accès d'asthme. Après une injection d'adrénaline tout rentra dans l'ordre.

S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Sur la réaction de précipitation zonale (R. Z.) pour le sérodiagnostic de la syphilis, par V. Nicoletti. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 3, 2 fig. Bibliographie.

Les réactions de précipitation immunitaire utilisées pour le diagnostic de certaines infections sont de deux sortes : les réactions *diffuses*, obtenues par un mélange homogène du sérum précipitant et du réactif précipitogène, et les réactions *zonales* ou réactions *à anneau*, obtenues par stratification du précipitogène au-dessus du sérum précipitant.

La réaction zonale (R. Z.) a été appliquée pour la première fois au diagnostic de la syphilis par Fornet et Schereschewsky en 1907. Depuis, de nombreuses tentatives ont été faites, en vue de substituer les réactions de précipitation aux diverses réactions de fixation du complément, ces dernières pouvant être classées en deux groupes, *les réactions de labilité*, basées sur une certaine abondance et labilité des globulines dans les sérums luétiques, et les *réactions de fixation lipoïdale* basées sur la réactivité particulière des sérums luétiques vis-à-vis des solutions colloïdales de lipoïdes.

C'est Kodama, qui le premier a eu l'idée d'utiliser sous forme de réaction zonale la fixation lipoïdale, en éprouvant les sérums luétiques avec des solutions colloïdales de lipoïdes. La réaction zonale pourrait s'appeler la *réaction de Kodama*.

N. expose la technique de Kodama, les modifications qui ont été tentées par Herrold, Murata, Nagayo, Nobechi ; puis il décrit la technique qu'il a lui-même utilisée dans ses recherches personnelles. Ces détails techniques ne se peuvent résumer. Signalons cependant qu'au lieu d'employer comme Kodama des sérums frais, il s'est servi de sérums inactivés par chauffage à 56 degrés pendant 30 minutes : il lui a semblé qu'ainsi la réaction était plus sensible.

Parmi les avantages que présente la réaction zonale, il convient de signaler celui-ci : dans les réactions de précipitation diffuse, une complication importante provient de la nécessité du titrage de l'antigène, car il est important dans ces réactions de tenir compte des proportions dans lesquelles entrent en réaction le sérum et l'antigène, car il existe un optimum de proportions en deçà et au delà duquel la formation du précipité diminue et jusqu'à un certain point disparaît. C'est ce qu'on appelle le *phénomène de zone*. Or, dans la réaction zonale, par suite de la stratification de l'antigène sur le sérum, il existe, à la limite de séparation, toute une gamme de proportions entre le sérum et l'antigène, de sorte qu'il y aura toujours une couche pour laquelle la proportion sera optima entre un sérum déterminé et un antigène déterminé. Ainsi se trouve éliminé le « phénomène de zone » qui est une cause d'erreur dans les autres types de réaction.

Les recherches de N. ont porté sur 341 sérums, provenant, les uns de cas sûrement syphilitiques cliniquement, les autres de cas non syphilitiques. Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° La réaction zonale est un peu moins sensible que la réaction de Bordet-Wassermann dans la syphilis primaire et dans la syphilis latente traitée ; elle ne peut donc être utilisée seule pour la surveillance sérologique du syphilitique en traitement, ni pour juger de la guérison, ni pour le diagnostic sérologique précoce de l'infection récente.

2° C'est une excellente technique de diagnostic rapide, à recommander notamment dans les cas d'urgence.

3° Elle peut être employée concurremment avec la réaction de Bordet-Wassermann, mais moins bien que certaines réactions de précipitation diffuse, plus sensibles.

4° Elle est particulièrement recommandable dans les petits laboratoires à outillage restreint, dans les dispensaires, mais, si la technique est simple, elle est délicate, et ce serait se leurrer que penser qu'elle est à la portée de tout praticien : elle nécessite un technicien éprouvé.

BELGODERE.

Considérations sur un nævus achromique linéaire à comédons, par F. BERNUCCI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 26, 1 fig. Bibliographie.

B. a observé un cas de cette lésion peu fréquente. Chez un jeune homme de 17 ans, apparition, à la partie antérieure du thorax, d'une zone irrégulière de décoloration de la peau, dont la surface était littéralement criblée de nombreux comédons et de petites élevures jaune clair de la grosseur d'un grain de sagou, qui étaient de microscopiques grains de milium. B. fait l'étude clinique, physiologique, pharmacodynamique et histologique de cette lésion.

Revue générale des cas antérieurement publiés : Selhort, Thibierge, Bureau, Bettmann, Hodara, Senear, Meirowsky, Montpellier et Coloniau, Aochi-Masori, Brunaure, Bolle-Laurie.

Revue générale histologique d'après ces diverses observations. Le point le plus obscur de l'histoire de ces lésions c'est d'expliquer leur distribution. Pour les uns, la distribution de la traînée atrophique est une distribution radiculaire. Pour d'autres, il s'agit d'une malformation embryonnaire.

B. expliquerait plutôt ces cas par la théorie de Meirowsky, des *unités héréditaires*, ou des altérations du plasma germinatif, par laquelle cet auteur a expliqué la formation des nævi, qui reproduisent des formations ancestrales ; c'est par cette théorie comme on le sait, que Meirowsky explique les variations de distribution du pelage des animaux.

Pour le cas qui fait l'objet du présent travail, on ne trouve pas dans l'atlas de Meirowsky, de distribution correspondante, mais il est possible que cette distribution puisse se rencontrer à mesure que les observations se feront plus nombreuses.

BELGODERE.

Réaction de Hay, dysfonction hépatique et traitements arsénobenzoliques, par Antonio Pozzo. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 33. Bibliographie.

Certains auteurs, partant de cette notion connue que la fonction hépatique est fréquemment troublée par les cures de novarsénobenzol, ont pensé à dépister ces altérations fonctionnelles en contrôlant la tension superficielle de l'urine, qui, comme on le sait, se trouve abaissée par la présence des acides biliaires. On pourrait ainsi établir des contre-indications des produits arsenicaux et prévenir des accidents fâcheux, bien qu'ils soient à la vérité devenus plus rares.

Mais les différents procédés de contrôle de la fonction hépatique sont trop compliqués pour pouvoir être utilisés d'une manière courante dans la pratique.

Il y en a cependant un qui est fort simple : c'est la réaction de Hay, classique et bien connue. Technique de cette réaction. Discussion de sa valeur.

P. a fait des recherches sur 100 sujets : luétiques traités, luétiques avant le traitement, sujets atteints de dermatoses diverses, sujets atteints d'affections légères sans répercussion sur l'état général, sujets sains.

Les résultats ont été extrêmement variables et ont montré qu'il n'existait aucune corrélation entre l'abaissement de la tension superficielle de l'urine, mesurée par la réaction de Hay, et les accidents immédiats ou tardifs des traitements antiluétiques en général, et en particulier des traitements arsénobenzoliques. BELGODERE.

La réaction colloïdo-chimique de Taka-Ara dans les liquides céphalo-rachidiens luétiques, par Mario FRAULINI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 41.

De nombreux efforts sont faits pour perfectionner les méthodes de recherche sur le liquide céphalo-rachidien. La petite quantité de liquide dont on peut disposer nécessite en effet un procédé aussi simple, aussi sûr, aussi sensible que possible. C'est dans cette intention que, au Congrès de médecine de Tokio de 1925, deux Japonais, Taka et Ara, ont préconisé la méthode qui est désignée par leurs noms.

Cette méthode est basée sur ce fait que *le sublimé corrosif, en présence d'ions alcalins, donne une coloration bleue par la fuchsine.* Il serait trop long d'exposer ici les interprétations qui ont été données de ce phénomène. Disons simplement que la réaction de Taka-Ara présente deux types : 1° *type métaluétique*, qui donne une floculation de couleur *bleu-violet*, dont la valeur s'apprécie par les signes : + + + en cas de réaction immédiate ; + + en cas de réaction au bout d'un quart d'heure ; + au bout d'une demi-heure ; 2° *type méningitique*, où il n'y a pas de floculation, mais une coloration rouge de tout le liquide ; la réaction dans ce cas est toujours immédiate et son intensité ne peut donc être mesurée ; 3° dans les liquides normaux, il n'y a

aucune trace de floculation et la totalité du liquide conserve la couleur *violette* de la fuchsine.

L'exécution de la réaction de Taka-Ara nécessite : une solution de carbonate de soude à 10 o/o, une solution de sublimé à 5 o/o, et une solution de fuchsine Grubler (non acide) à 0,02 o/o.

On procède ainsi : dans une éprouvette, on met un centicube de liquide céphalo-rachidien, puis une goutte de la solution de carbonate de soude, puis 0 cm^3 3 d'un mélange extemporané à parties égales des deux solutions de sublimé et de fuchsine.

F. fait une revue générale des résultats obtenus par les divers expérimentateurs qui ont essayé la réaction de Taka-Ara dans les divers pays. Les conclusions sont, d'une manière générale, favorables.

Puis, il expose les résultats de ses recherches personnelles, dans lesquelles il a soumis des liquides céphalo-rachidiens à la réaction de Taka-Ara, et, simultanément, à la réaction de Bordet-Wassermann du sang et du liquide, à la recherche de l'albumine, de la lymphocytose, de la réaction de Pandy-Weichbrodt, de la réaction d'Emanuel.

Dans l'ensemble, les résultats de la réaction de Taka-Ara ont été parallèles à ceux des autres méthodes habituellement utilisées, et les cas de discordance ont été peu nombreux.

Mais, outre la spécificité au point de vue de l'étiologie luétique de la manifestation pathologique, la réaction de Taka-Ara est intéressante par ses qualités *électives*, c'est-à-dire, par son comportement différent suivant qu'il s'agit d'un lésion métaluétique ou méningitique.

Si l'on considère maintenant la sensibilité de la réaction de Taka-Ara, l'auteur a constaté dans ses recherches qu'il n'y a pas toujours parallélisme entre l'intensité des résultats obtenus par la réaction de Taka-Ara et ceux des autres réactions, ce qui donne à penser que la méthode japonaise, si elle est bien d'accord avec les autres méthodes au point de vue de la spécificité, n'offre pas la même correspondance *au point de vue de la finesse* de cette même spécificité.

Pour conclure, on peut affirmer que la réaction de Taka-Ara présente des qualités appréciables de simplification de réactif, de rapidité d'exécution, de clarté des résultats, de facilité de lecture. Par suite, c'est une réaction qui mérite d'être exécutée parallèlement aux autres parce que ses données pourront être souvent d'un secours appréciable et orienter utilement l'interprétation des faits pathologiques.

Belgodere.

Variations de la réserve alcaline du sang dans quelques maladies de la peau, par Carlo Pisacane. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 61. Bibliographie.

P. rappelle les bases scientifiques qui ont abouti à la notion du pH et comment l'alcalinité du sang se trouve *automatiquement* maintenue dans ses limites normales au moyen des *substances tampons* qui sont :

1° le système acide carbonique-bicarbonate (de soude dans le plasma, de potasse dans les hématies) ;

2° le système phosphato-sodique monobasique-bibasique, moins important qui siège surtout dans les hématies ;

3° le système des protéines libres non hémoglobiniques du plasma, également de faible valeur ;

4° *les globules rouges :* lorsque, dans le sang, passe un courant d'anhydride carbonique, une partie des ions Na qui se trouvent dans le plasma sous forme de chlorures, s'unissent au CO^2, et les ions C^1 devenus libres passent dans les globules et se combinent aux alcalis qui s'y trouvaient en combinaison avec les protéines et les phosphates secondaires. Par ce mécanisme, les alcalis qui sont contenus en notables quantités dans les hématies peuvent être considérés comme participant à la réserve alcaline ;

5° *l'hémoglobine :* c'est elle qui, par ses propriétés, joue le rôle le plus important dans la fonction équilibratrice, car, en vertu de ses alternatives de réduction au niveau des tissus et d'oxydation au niveau des poumons, une forte proportion (40 o/o) de l'anhydride carbonique contenu dans le plasma se trouve attirée dans les hématies, où elle est neutralisée par la notable quantité d'alcalis qui y est contenue.

Pour Van Slyke, le pouvoir tamponnant total du sang appartient presque exclusivement à l'hémoglobine.

Au point de vue pratique, il est difficile de mesurer le *p*H ; il est par contre relativement facile de mesurer la réserve alcaline. La meilleure méthode est celle de Van Slyke. Le chiffre normal de la réserve alcaline varie de 53 à 77 centicubes de CO^2 pour 100 centicubes de plasma. De 40 à 53, on a une acidose légère ; au-dessous de 40, acidose moyenne ; au-dessous de 30, acidose grave. Au-dessus de 77, il y a alcalose.

P. passe en revue les divers travaux qui ont été effectués sur la réserve alcaline : 1° au point de vue des maladies générales ; 2° au point de vue des dermatoses et de la syphilis.

D'une manière générale, et sans entrer dans les détails, la plupart de ces auteurs ont constaté, dans les dermatoses, un abaissement de la réserve alcaline, c'est-à-dire, une tendance plus ou moins accentuée à l'acidose.

P. fait ensuite l'exposé de ses recherches personnelles, qui ont porté sur 50 sujets atteints de maladies cutanées variées, principalement l'eczéma et le psoriasis.

Il en est résulté les constatations suivantes :

1° dans plusieurs cas de maladies cutanées, il y a une diminution nette de la réserve alcaline ;

2° si on rencontre toujours une diminution au moins légère de la réserve alcaline, on ne fait par contre jamais la constatation inverse.

Les recherches de l'auteur concordent sur ce point avec ce que nous

ont appris les recherches antérieures : toutes ont abouti à cette constatation que, lorsqu'il y a des variations de la réserve alcaline, ce sont toujours des variations en moins.

Mais rien ne prouve qu'il y ait là un apanage particulier aux maladies cutanées, car l'abaissement de la réserve alcaline a été constaté dans des états pathologiques très divers et dans la syphilis, de sorte qu'il est possible que, entre la dermatose et l'acidose, il n'y ait pas de rapport de cause à effet, mais que ce soient là deux effets d'une cause commune.

P. conclut donc... qu'il ne faut pas se hâter de conclure : nos notions sur la réserve alcaline sont encore incomplètes et une meilleure connaissance des facteurs qui peuvent la modifier permettra sans doute dans l'avenir de mieux interpréter des faits qui eux, en tout cas, sont irréfutables. BELGODERE.

Sur la présence des éléments filtrables (ultravirus) du bacille de Koch dans la tuberculose cutanée et dans le lupus érythémateux, par Eugénio TARANTELLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 1, septembre 1930, p. 79.

T. rappelle les recherches de Balbi (1927), de Manganotti (1928), de Flare (1929), sur la recherche de l'ultra-virus tuberculeux dans la tuberculose cutanée. Les résultats obtenus par ces auteurs ont été discordants. Aussi, T. a-t-il voulu, à son tour, entreprendre des recherches sur ce point. Elles ont porté sur un cas de tuberculose verruqueuse, 6 de lupus vulgaire, 1 de lupus érythémateux.

Les protocoles des différentes expérienecs instituées sont rapportés en détail.

L'ultra-virus a été recherché au moyen des cultures et de l'inoculation au cobaye. Les *cultures* ont donné dans tous les autres cas un résultat négatif. Les *inoculations* ont été, les unes directes, les autres de passage : un ou deux passages. Pour la tuberculose verruqueuse et le lupus vulgaire, il y a eu 23 inoculations. Six cobayes moururent après amaigrissement prononcé, entre 10 jours et 3 mois, sans cause appréciable. Pour le lupus érythémateux, 7 inoculations (directes ou de passage) un des cobayes mourut au bout de 15 jours, sans cause appréciable, après amaigrissement prononcé.

Les cobayes qui ont survécu ont été sacrifiés à des époques variables et leur examen a donné lieu aux constatations suivantes :

Au point de vue clinique : amaigrissement ; absence d'ulcère local et d'adénite dans tous les cas d'inoculation directe ; dans les inoculations de passage, il y a bien eu ulcère, mais sans adénite, et cet ulcère paraît plutôt occasionné par la grande quantité de tissu inoculé sous la peau.

Au point de vue anatomo-pathologique : il y a en général augmentation de volume légère des ganglions, surtout péri-bronchiques, mais sans ramollissement. La rate est le plus souvent de volume normal,

parsemée de petits points jaunes par accentuation des follicules lymphatiques.

Au point de vue histologique : dans les ganglions : hyperplasie des follicules et des cordons intermédiaires, dilatation des sinus lymphatiques, augmentation de volume des éléments réticulaires. Dans la rate : hyperplasie des follicules. Dans le poumon : amas lymphocytaires périvasculaires péri-bronchiques et interalvéolaires.

Les examens bactériologiques ont tous été négatifs. Aucune trace de bacilles acido-résistants ou de leurs débris.

Les réactions tuberculiniques furent également toutes négatives.

La réaction de Besredka fut positive dans un cas, partiellement positive dans un autre ; dans ces deux cas, il s'agissait d'inoculation directe de tuberculose verruqueuse.

La réaction de Vernes à la résorcine ne donna de résultat positif que dans un seul cas (indice optique 58).

T. interprète ainsi ces résultats :

Constatations cliniques : elles ont peu de valeur, attendu qu'il est prouvé que l'amaigrissement, le marasme, la mort peuvent être obtenus même avec des cultures mortes.

Constatations histologiques : les altérations sont légères ; on en observe d'analogues même avec des cobayes non inoculés avec le filtrat.

Constatations bactériologiques : elles ont été toutes négatives, et en outre la présence de quelques rares bacilles ne serait pas très probante si elle ne s'accompagnait pas d'une réaction histologique progressive.

Épreuves tuberculiniques : elles ont été aussi négatives et encore, il est prouvé qu'elles peuvent être positives même chez des cobayes inoculés avec du matériel tuberculeux mort.

De sorte qu'il ne reste en faveur de la présence de l'ultra-virus que les deux réactions de Besredka et l'unique réaction de Vernes positives.

T. estime que la négativité de toutes les autres épreuves d'une part, la valeur encore discutée des deux réactions précitées d'autre part, lui permet de conclure que ses expériences n'ont pas pu établir la preuve de la présence d'un ultra-virus tuberculeux dans les lésions qui ont fait l'objet de ses recherches. BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Les fonctions protectrices de la peau. Réactions aux excitants du milieu ambiant. Perméabilité cutanée, par M. COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 4, août 1930, p. 1387. Bibliographie.

C. continue la série de ses intéressantes leçons dont l'ensemble formera un Traité de physiologie cutanée comme il n'en existe pas, croyons-nous, les notions sur cette matière étant dispersées dans des publications multiples.

La peau est à la fois un organe de *séparation* et un organe d'*union*,

entre notre corps et le milieu ambiant ; de cette situation, dérivent des fonctions multiples et notamment une fonction protectrice qui est double : défense *extroverse,* à l'égard des agents externes, qui ne doivent pas pénétrer dans l'organisme ; défense *introverse,* fonction immunitaire, allergique, peut-être endocrine, à l'égard des agents nocifs qui menacent notre organisme du dedans.

La *souplesse* et l'*extensibilité* de la peau sont déjà un élément de protection. C. étudie les conditions anatomiques qui assurent cette propriété dans l'épiderme, puis dans le derme. Il montre que l'épiderme, le corps papillaire, le derme, forment un tout au point de vue mécanique. Rôle des plis de l'épiderme. Réparation facile des *pertes de substance,* quand les forces mécaniques ont dépassé la limite de résistance de la peau : cette réparation ne se fait pas par rapprochement des cellules disjointes, mais par *néoproduction.* Effets des forces mécaniques, lorsqu'elles dépassent la limite d'extension de la peau : fibres collagènes très élastiques, se laissant distendre, fibres élastiques du derme se rompant plus facilement ; quant à l'épiderme, il ne subit pas de solution de continuité, mais une modification spéciale, le *relâchement,* analogue à ce qui s'observe sur les poils soumis à des distensions répétées. Mécanisme de la formation des vergetures, d'après ces notions de résistance des divers éléments de la peau.

La *consistance* et l'*épaisseur* jouent également un rôle important dans la fonction de protection mécanique de la peau, mais ce sont là des qualités dont l'appréciation est très subjective. Ce qui peut se mesurer d'une manière plus objective, c'est la force nécessaire pour imprimer une empreinte sur la peau. L'*élastométrie,* par des méthodes rationnelles, a pu fixer des données intéressantes, au moyen, par exemple, de l'élastomètre de Schade : elle consiste à évaluer la promptitude avec laquelle la peau revient à son état primitif après avoir été soumise à l'action d'une force mécanique ou à évaluer la facilité de soulever la peau en plis.

La fonction protectrice de la peau et sa fonction de relation se confondent parfois. C'est le cas pour le rôle de la *sensibilité* de la peau, sous ses trois formes : tactile, thermique, douloureuse. Mais il existe dans la peau une *seconde sensibilité,* qui ne donne pas lieu à des sensations et à des perceptions : dans cette catégorie, rentre la *sensibilité à la lumière.*

Après cette étude des fonctions protectrices de la peau basée sur les notions expérimentales, C. étudie l'action des différentes excitations venues du milieu ambiant :

Excitations mécaniques : anémie de compression, dermographisme, urticaire. Discussion sur le mécanisme de production du dermographisme (excitation directe des cellules de Rouget, pour les uns ; origine nerveuse , pour les autres ; travaux de Lunedi). Sensations tactiles : leur rôle dans la défense de l'organisme.

Excitations thermiques : les sensations thermiques sont voisines des

sensations tactiles. Lutte de l'organisme contre le froid : dilatation des capillaires, vaso-constriction, livedo, acrocyanose, congélation. Les moyens de protection de la peau contre le froid sont insuffisants : le corps en général est mieux défendu et, lorsque la sensation de froid parvient à la conscience, il réagit par des mesures variées : mouvements musculaires, vêtements chauds, recherche de lieux abrités, etc... Lutte de l'organisme contre le chaud : la peau est mieux armée contre le chaud que contre le froid : vaso-dilatation, œdème, pigmentation, sécrétion de la sueur.

Excitations lumineuses : elles provoquent dans la peau des réactions multiples dont certaines sont encore mal connues, et une entre autres de notion récente : l'activation dans la peau de la vitamine antirachitique calcio-fixatrice. Privation de la lumière : elle semble être assez bien supportée. Excès de lumière : différence entre l'action des rayons à grande longueur d'onde et ceux à courte longueur d'onde. Ce sont ces derniers, ou « rayons chimiques » qui occasionnent le plus souvent des accidents. Les effets les plus constants de l'action de la lumière sont : la formation de pigment, l'augmentation de la formation des ferments, les modifications de l'épithélium et des capillaires. Action aiguë, action chronique de la lumière : rôle de l'épaisseur de la couche cornée ; variations locales de la réactivité, selon les régions ; rôle protecteur contre l'action de la lumière ; de la circulation capillaire, de l'état œdémateux.

Excitations électriques : haute résistance opposée par la peau au passage du courant électrique : accidents occasionnés par la diminution de cette résistance : mains mouillées, bains, etc...

Excitations chimiques : l'étude de leur action amène à envisager l'important problème de la perméabilité et de l'imperméabilité cutanée. La perméabilité a pour effet à la fois, de protéger l'organisme (imperméabilité) et de le mettre en relation (absorption). La perméabilité n'est pas un simple phénomène osmotique, car elle ne se produit pas dans les mêmes conditions de dehors en dedans et de dedans en dehors, ce qui est dû à des différences dans les colloïdes de surface externe et interne. Dans cette perméabilité, en effet, le protoplasma vivant et ses éléments constituants jouent un rôle essentiel : la perméabilité est une fonction de la constitution du protoplasma des cellules cutanées.

Mais en outre, d'autres facteurs jouent aussi un rôle important dans cette perméabilité : ce sont les facteurs *extérieurs* dont l'action est bien établie par le phénomène de la *perméabilité non réciproque*, c'est-à-dire de substances qui traversent la peau seulement dans un sens, et ce fait est dû à la constitution chimique des diverses substances ; pour d'autres, à leur concentration ionique, pour d'autres, au *p*H. Toutes les expériences qui ont abouti à ces notions ont été faites sur la peau de la grenouille, mais il s'agirait de savoir si la peau des mammifères réagirait de la même manière.

Chez les mammifères et chez l'homme on a étudié surtout les varia-

tions de la perméabilité sous l'influence des *facteurs physiques*. On a étudié ainsi l'action de l'excitation électrique, qui augmenterait la perméabilité (réflexe galvanique cutané de Gildemeister ; réaction galvanique locale de Ebbeke). Les rayons ultra-violets augmenteraient aussi la perméabilité du réseau malpighien.

Une autre catégorie de phénomènes intéressants, ce sont ceux de l'*électrophorèse* : au moyen de courants continus, il est possible de faire pénétrer dans la peau, en quantité appréciable, des substances qui, dans les conditions normales, n'y pénètrent qu'à l'état de traces. Discussion sur le mécanisme de cette action, attribuée par les uns à une augmentation de la perméabilité cutanée, par d'autres, à une action de transport électrique, et, dans cette dernière hypothèse, il s'agit pour les uns, d'un mécanisme iontophorétique, pour les autres, d'une action d'électro-endosmose.

Au point de vue pratique, ce qui est important, c'est de pouvoir vaincre la fonction protectrice de la peau, représentée par son imperméabilité, pour introduire dans l'organisme des substances médicamenteuses actives. Ce processus est plus difficile pour les anions et nous connaissons mal les conditions aptes à le faciliter. Nous connaissons mieux les conditions de pénétration cutanée de substances avec cation actif. Cette pénétration est plus facile et a donné lieu à des applications pratiques de grand intérêt. Telle est, par exemple, l'anesthésie cutanée au moyen de l'électrophorèse à la cocaïne. BELGODERE.

L'absorption cutanée, par COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 4, août 1930, p. 1420. Bibliographie.

Le problème de la perméabilité cutanée présente deux aspects : celui de l'*inaptitude* à l'absorption, de l'imperméabilité, qui a fait l'objet de la leçon précédente, et celui de l'*aptitude* à l'absorption, qui est l'objet de la leçon présente.

Historique. Recherches anciennes. Les unes avaient conclu à l'absorption possible seulement pour les gaz, et les substances volatiles, mais d'autres pensaient que dans ce cas l'absorption était due en réalité au poumon, et concluaient à l'*absolue imperméabilité* de la peau, qui ne devenait perméable qu'en cas de solution de continuité.

Absorption des substances grasses ou dissoutes dans la matière grasse. *Théorie de la membrane lipinique* (voir une des leçons précédentes) ; grâce aux propriétés spéciales de la cellule vivante épidermique, les substances solubles dans les lipines seraient absorbées au même titre que les substances volatiles. Rothman fait jouer aussi un rôle important aux *électrolites*. Quoi qu'il en soit, les recherches les plus récentes ont orienté la solution du problème de l'absorption cutanée vers les facteurs physico-chimiques et tendent à en localiser le mécanisme dans les cellules vivantes de la peau, abandonnant le concept ancien de l'imperméabilité de la couche de sébum ou de la couche cornée.

Conditions générales de l'absorption cutanée : rôle de la « gaine de

vapeur » de Unna qui entoure notre corps ; rôle des lipines du sébum cutané, capables d'absorber une grande quantité d'eau, formant ainsi une « crème » spéciale ; rôle de la réaction acide du revêtement cutané, du « manteau acide » ; rôle des canalicules de la couche malpighienne ; rôle des annexes de la peau : glandes sudoripares, glandes sébacées, follicules pilaires.

De l'examen de ces diverses conditions, en peut conclure que, selon toute probabilité, *le problème de l'absorption cutanée est uniquement le problème des conditions nécessaires pour qu'une substance soit incorporée dans le protoplasma des cellules parenchymateuses cutanées.*

Conditions d'absorption particulières aux diverses substances :

Absorption de l'eau : chez les animaux à sang froid ; chez les animaux à sang chaud. Rôle de la *charge électrique* des éléments cutanés ; rôle des lipines qui constituent la graisse cutanée et qui sont capables d'absorber l'eau en forte proportion et de la laisser ainsi parvenir jusqu'à la couche cornée, laquelle contient également des lipines qui absorbent à leur tour une certaine quantité d'eau, de sorte que, pourvu que le contact soit assez prolongé, la pénétration de l'eau a lieu et le revêtement lipinique de la peau, par conséquent, n'offre pas un obstacle absolu à la pénétration de l'eau. Le revêtement corné n'est pas un obstacle plus absolu que le revêtement lipinique au passage de l'eau mais la réaction de ce revêtement, qui est acide sur sa surface externe, est alcaline sur sa surface interne. Il y a donc une couche intermédiaire, la *couche de passage*, dans laquelle les hydrogénions des colloïdes protéiques seraient à leur point *iso-électrique* et incapables de se gonfler d'eau : c'est là que pourrait résider la cause qui empêche l'absorption de l'eau.

Absorption des électrolytes. Absorption des substances solubles dans l'eau mais incapables de dissociation électrolytique (purines, peptones, sucres). *Absorption des substances solubles dans les lipines :* l'alcool, l'éther, le chloroforme, l'hydrate de chloral, les aldéhydes, l'acétone, qui rentrent dans cette catégorie, sont facilement absorbés par la peau. De même, le phénol et l'acide salicylique ; pour ce dernier, toutefois, certains auteurs attribuent son absorption à des lésions chimiques et mécaniques de la peau occasionnées par le produit. Il y a encore d'autres substances qui sont solubles dans les lipines, telles que : l'acide borique, le sublimé, le plomb. C. étudie les conditions de leur absorption.

Absorption des substances gazeuses. Elle paraît être réglée par les lois de la diffusion des gaz. Pour l'oxygène, l'absorption est insignifiante, et l'on peut considérer comme physiologiquement négligeable la « respiration cutanée » ; ce n'est certainement pas à sa suppression qu'on doit attribuer les accidents dus au « vernissage » de la peau. C. examine l'absorption de l'anhydride carbonique, de l'acide cyanhydrique, de l'H^2S, de l'ammoniaque, des vapeurs d'aniline, des nitrobenzols. Fait curieux et important : la peau n'absorbe pas le CO et les raisons de ce comportement spécial ne sont pas élucidées.

Absorption des radiations : rayons ultra-violets, etc..., des expériences qui ont été faites, il résulterait que c'est le *stratum germinativum* qui a le plus faible coefficient d'absorption ; ce serait donc, là encore, la « couche vivante » de l'épiderme, qui oppose la barrière principale.

C. passe ensuite à l'étude des *moyens qui sont susceptibles de favoriser l'absorption cutanée.*

Cette dernière partie est évidemment celle qui offre le plus d'intérêt pratique pour le dermatologiste. L'auteur étudie ainsi les pommades, les crèmes, leurs excipients : vaseline, lanoline, graisse de porc ; l'importance du massage, pour leur absorption ; leur supériorité sur les solutions aqueuses et alcooliques, qui ne peuvent pas, comme les pommades, être étendues sur la peau en couches minces et uniformes.

Toutefois, la pénétration d'une pommade dans la peau ne signifie pas d'une manière certaine qu'il y ait pour cela absorption et l'école de Unna a soutenu que la « couche de passage » opposait à l'absorption des pommades un obstacle insurmontable. Les examens histologiques qui ont été exécutés jusqu'ici affirment que l'absorption des substances qui constituent les pommades et les crèmes se produit seulement à travers les follicules pilifères et les glandes sébacées.

Il est possible aussi que l'absorption des corps gras, des pommades, soit favorisée par une scission de ces corps gras eux-mêmes ainsi qu'il arrive dans l'intestin, car la peau possède des ferments capables d'une semblable action.

Il faut aussi considérer, à côté de l'absorption de la pommade, celle des médicaments qui y sont inclus, qui n'est pas toujours parallèle : les pommades consistantes favorisent moins bien cette absorption du médicament que les pommades molles. Il y a des excipients qui « cèdent » leur substance active plus facilement que d'autres.

Certaines substances médicamenteuses déterminées exercent une action sur l'absorption d'autres médicaments (cas de l'acide salicylique : discussion de cette action).

Certains facteurs sont capables d'accroître la perméabilité cutanée : excitation des nerfs cutanés, courants électriques, électrophorèse (voir la leçon précédente).

Absorption sous-cutanée : influence de la vaso-constriction et de la vaso-dilatation ; absorption des huiles par le tissu sous-cutané (travaux français de Binet, Fleury, Verne).

Absorption de la peau malade : ichtyose, psoriasis, eczéma. Les recherches faites dans cette voie ont démontré une fois de plus l'importance pour l'absorption cutanée de l'épiderme, des glandes de la peau, des couches *vivantes* de l'épiderme.

Nous n'avons pu donner qu'un « sommaire », plutôt qu'une analyse, de cette leçon dont l'exposé extrêmement touffu et serré, se prête peu à la dissection.

BELGODERE.

Sur le processus anatomo-pathologique du sarcome idiopathique de Kaposi (angio-endothéliome cutané de Kaposi) par Radæli. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1501, 5 fig. Bibliographie.

R. s'intéresse tout spécialement depuis de nombreuses années, au sarcome de Kaposi et ses nombreux travaux et publications sur cette question lui donnent une autorité particulière.

Il vient d'en étudier un cas nouveau chez un homme de 63 ans, qui, après une évolution de huit années, se termina par la mort occasionnée par des complications pleurales. Mais l'évolution s'était faite en deux périodes : une première période, qui avait abouti à la guérison à la suite de cures arsenicales ; une deuxième période de récidive, le malade ayant cessé tout traitement tellement son état s'était amélioré ; cette fois, les lésions, trop avancées, résistèrent et allèrent en progressant.

R. fait la description clinique, anatomo-pathologique et histologique de ce cas, description qui ne saurait se résumer et qui du reste correspond aux descriptions habituelles de cette maladie.

Il aborde ensuite une discussion sur la nature du sarcome de Kaposi et sur la place qu'il convient de lui accorder dans la nomenclature histo-pathologique. Depuis longtemps, R. soutient que la maladie de Kaposi est un *angio-endothéliome cutané*. Le cas qu'il vient de rapporter confirme, une fois de plus, cette opinion, à son avis, et il en développe les raisons.

Il réfute les autres théories qui ont été émises : c'est ainsi que, pour certains, le syndrome de Kaposi serait l'aboutissant de processus anatomo-pathologiques divers. Certes, cette affection se présente sous des aspects assez variés et des erreurs de diagnostic sont difficiles à éviter, mais un examen histo-pathologique attentif permet toujours de découvrir quelque caractère différentiel typique. Pour d'autres (Pautrier et Diss) le sarcome de Kaposi serait dû à une *dysgénèse neuro-vasculaire*. R. estime que rien, dans les préparations qu'il a eu à examiner, ne lui permet de se rallier à cette opinion. D'autres enfin ont voulu faire du sarcome de Kaposi une *angiomatose ;* mais la gravité du pronostic s'accorde mal avec une semblable interprétation. Il est vrai que, pour les besoins de la cause, les partisans de cette interprétation ont voulu atténuer à l'excès le pronostic de l'affection. R. conteste cette opinion : le sarcome de Kaposi est une maladie grave et souvent mortelle.

Au point de vue thérapeutique, c'est le traitement arsenical qui donne les meilleurs résultats, parfois la guérison mais à la condition qu'il soit institué de bonne heure et poursuivi longtemps, avec les intervalles de repos nécessaires, bien entendu. Dans le cas qui a été l'occasion de ce travail, il y avait eu d'abord guérison, puis rechute, faute d'avoir persisté dans le traitement arsenical.

Pour conclure, R. se rallie à cette conception que la maladie de Kaposi est une néoformation primitivement angio-endothéliomateuse, qui peut être limitée et même dominée par des phénomènes réactionnels dermi-

ques, encapsulants ou atrophiants (ce qui explique l'évolution bénigne et lente du début) mais qui peut aussi évoluer vers un type plus nettement endothéliomateux et par suite plus malin (ce qui explique l'évolution rapide et grave de la période terminale). Il propose d'adopter en conséquence la dénomination de *angio-endothéliome cutané de Kaposi.*

BELGODERE.

Mycétome actinomycosique du pied (pied de Madura), par Mario ARTOM. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1516, 13 fig. 2 pages de bibliographie.

A. critique l'expression usuelle de « pied de Madura ». Le mycétome n'est pas spécial à la région de Madura ; on l'a vu dans tous les pays, même en Europe ; il n'est pas dû à un parasite spécial : l'actinomycose peut donner des lésions qui ont tous les caractères du mycétome.

Le cas qui fait l'objet de ce travail est celui d'une jeune paysanne de 19 ans, qui avait l'habitude de travailler pieds nus et qui vit se développer des lésions dont l'auteur donne la description, qui correspond bien à celle de l'affection décrite dans les traités sous le nom de pied de Madura. L'examen radiologique démontra l'intégrité complète des os : les lésions étaient absolument limitées aux parties molles.

L'examen parasitologique permit d'identifier l'*Actinomyces bovis*, avec tous les caractères qui lui sont attribués par les descriptions classiques. L'identification fut confirmée par la sporo-agglutination et les caractères des cultures.

L'auteur fait une étude détaillée des caractères histologiques des lésions, des résultats de l'inoculation expérimentale au lapin et au cobaye, de l'évolution et du traitement des lésions.

Au point de vue thérapeutique, la cure iodurée instituée ne donna tout d'abord que de médiocres résultats. Mais elle fut reprise après curetage, sous forme de KI par voie orale et de lugol par voie intraveineuse. Les résultats furent alors rapides et très satisfaisants et la guérison complète put être obtenue.

Le cas rapporté par A. est intéressant par sa rareté, à deux points de vue : 1° l'actinomycose du pied est rare ; Putzu, en 1924, à propos d'un cas analogue, ayant fait des recherches bibliographiques, affirmait que son cas était le 11e observé en Europe ; 2° l'actinomycose limitée à la peau, aux parties molles, est également très rare : presque toujours, le parasite s'attaque au tissu osseux.

Autre particularité assez rare : le germe a pu être cultivé avec la plus grande facilité et sur les terrains les plus divers, simples ou sucrés ; mais dans les cultures ainsi obtenues, on remarqua un polymorphisme accentué selon les terrains, d'où l'auteur conclut qu'il faut être réservé dans la tendance qui se manifeste trop souvent, à décrire des variétés nouvelles d'un parasite aussi volontiers polymorphe. Enfin il faut aussi signaler que seules donnèrent un résultat positif les cultures effectuées avec le pus qui s'écoulait des orifices ouverts, tandis qu'il y eut échec

avec le pus prélevé dans les nodules fermés : il semble que des associations bactériennes soient nécessaires au développement des cultures.

Au point de vue des inoculations aux animaux, un fait intéressant est le suivant : à la suite d'une inoculation dans la jugulaire du lapin, on vit se développer des nodules actinomycosiques localisés uniquement à la peau. Or, chez la malade étudiée, c'est également seulement à la peau qu'étaient limitées les lésions. Ce fait semble confirmer certaines théories émises au sujet de l'hyperréceptivité de certains organes pour un germe déterminé.

Pour ce qui concerne le traitement, A. fait remarquer que la notion classique sur les vertus souveraines du traitement ioduré dans l'actinomycose ne doit pas être acceptée sans réserves. Cela n'est vrai que pour les formes récentes et superficielles, comme Montpellier et d'autres l'ont déjà dit. Pour les formes plus anciennes et plus infiltrées avec clapiers et fistules, un curetage chirurgical préalable est nécessaire, comme il est advenu dans le cas rapporté. Enfin, la cure iodurée buccale est souvent insuffisante : il faut y adjoindre le traitement intraveineux comme Ravaut l'a préconisé. La vaccinothérapie, la radio et la radiumthérapie ont été également préconisées par quelques auteurs qui ont eu à s'en louer, mais ces traitements ne sont pas encore au point.

Belgodere.

Du fibrosarcome cutané, par E. Scolari. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1533, 10 fig. Bibliographie.

Si les travaux de Darier ont bien précisé la délimitation du fibrosarcome cutané au point de vue clinique et l'ont classé au point de vue histologique parmi les tumeurs d'origine conjonctive, il est cependant encore un point de l'histoire de ces tumeurs sur lequel les auteurs discutent : *celui du caractère bénin ou malin de leur évolution*. Au point de vue clinique, on s'est généralement rallié à une solution intermédiaire ; au point de vue anatomo-pathologique, la présence simultanée dans la même tumeur de zones de tissu rappelant la structure du fibrome et d'autres qui rappellent la structure du sarcome fasciculé, prête également à des interprétations contradictoires.

C'est pourquoi S. a voulu reprendre cette discussion, à l'occasion d'un cas récemment observé.

Il s'agissait d'un malade atteint de deux tumeurs, l'une apparue depuis six mois, encastrée dans l'hypoderme, l'autre apparue depuis deux ans, beaucoup plus volumineuse que la première, pédonculée et ulcérée à sa surface. Entre ces deux tumeurs, il y avait des différences histologiques assez notables :

I. — Dans la plus récente : *zone centrale*, occupant presque toute la surface caractérisée par une grande richesse de noyaux fusiformes, uniformes, avec très peu de protoplasma, presque dépourvue de figures caryocinétiques également distribuées dans un feutrage collagène délicat, qui ne faisait jamais place à des amas cellulaires comme il est si

fréquent dans le fibrosarcome. *Zone périphérique*, moins importante, plus ancienne, due à l'accroissement excentrique de la tumeur, formée de tissu conjonctif mieux distribué en faisceaux bien individualisés, prenant avec intensité les matières colorantes du collagène, avec des noyaux moins nombreux que dans la partie centrale.

Tout autour de cette tumeur, les tissus périphériques étaient sains, refoulés latéralement, comprimés en un état de prolifération réactive.

II. — Dans la plus ancienne : il y avait par comparaison avec la précédente, plus de fibres collagènes, moins de noyaux, eux aussi fusiformes, uniformément pauvres en protoplasma, et sans caryocinèses. Ces cellules n'étaient jamais groupées en amas et leur nombre croissait en raison directe de la densité des fibres collagènes.

En se basant sur les constatations histologiques fournies par le cas étudié et sur celles qu'il a tirées des travaux antérieurs, l'auteur recherche si, au tableau *clinique*, intermédiaire entre la bénignité et la malignité, correspond un tableau *histologique* parallèle, ou bien si, dans ce tableau histologique, prédominent des caractères en faveur d'une interprétation bénigne ou maligne.

Arguments en faveur de la malignité : 1° l'accroissement par invasion infiltrative : mais cette tendance ne se rencontrait que sur un point de la tumeur ; on constate la même tendance dans les fibromes diffus, qui sont des tumeurs bénignes ; cette expansion infiltrative ne s'observe que dans les stades de début de la lésion, qui, lorsqu'elle est plus ancienne, est endiguée, limitée par les tissus voisins, ce qui est bien un caractère de bénignité ; 2° les amas cellulaires, les rapports quantitatifs entre les cellules et la substance fondamentale fibreuse : mais ces amas cellulaires ont les caractères propres de ceux qu'on observe dans le sarcome fasciculé ; or, parmi les sarcomes, ceux-ci sont considérés comme ayant un caractère de malignité très réduit, presque nul.

Arguments en faveur de la bénignité : 1° Les amas cellulaires ressemblent beaucoup à ceux des centres prolifératifs des fibromes vrais ; 2° rareté et même absence des figures caryocinétiques ; 3° aspect fusiforme des éléments cellulaires, leur pauvreté en protoplasme, leur absence de polymorphisme et de polychromasie ; 4° comparaison entre les caractères histologiques d'une lésion récente et ancienne, qui montre que les éléments cellulaires de la tumeur accroissent en évoluant leur capacité d'élaborer la substance intermédiaire unissante, ce qui témoigne, en même temps que de leur qualité d'éléments mésenchymateux différenciés, de leur tendance à atteindre la maturité complète, caractère qui fait défaut aux cellules sarcomateuses.

Il semble donc bien que, de cette étude, on doive conclure plutôt au caractère bénin du fibrosarcome cutané.

Enfin, l'auteur discute encore une opinion émise par Mosto, d'après lequel le fibrosarcome cutané serait un dermato-neurome ou, plus précisément, un dermato-schwannome. Cette opinion a été déjà combattue

par Darier, et S. est également d'avis qu'on ne peut en trouver aucune confirmation dans le cas qu'il vient d'étudier. BELGODERE.

Sur un cas de fibrosarcome primitif de la peau du pénis (Contribution clinique et histologique), par Italo LEVI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1559, 14 fig. Bibliographie.

D'après une statistique de Joelson James de 1924, il n'existerait dans la littérature mondiale que 35 cas de sarcomes et d'endothéliomes du pénis, et parmi ces tumeurs, 3 seulement auraient été des fibrosarcomes. Cette rareté, à elle seule, suffirait à donner son intérêt au nouveau cas, le quatrième en tout par conséquent, de fibrosarcome du pénis, que L. a eu l'occasion d'étudier.

Homme de 58 ans, ayant eu dès l'enfance, sur la peau de la verge, deux petites tumeurs dures et indolentes, grosses comme un pois, qui restèrent indéfiniment stationnaires jusqu'à l'année dernière, puis brusquement subirent une augmentation de volume, au point d'atteindre la grosseur du poing d'un enfant, tandis que la surface se hérissait de bosselures ; les ganglions de l'aîne subirent également une augmentation de volume, mais sans phénomènes douloureux.

On pratiqua l'ablation de la tumeur de la verge, ainsi que des ganglions, mais il se produisit une récidive rapide *in situ* ; on fit alors de la Rœntgenthérapie, qui donna des résultats assez bons, mais incomplets, si bien qu'ont dut se résoudre à une nouvelle intervention chirurgicale : ablation de la tumeur de récidive, ainsi que des ganglions.

Au point de vue clinique, cette tumeur correspondait bien aux caractéristiques fixées par Darier pour ce qu'il a appelé les « fibromes progressifs et récidivants de la peau, ou dermatofibromes », c'est-à-dire : pré-existence d'altérations dermiques, développement progressif d'abord très lent, puis plus rapide, forme bosselée de la néoplasie ; sa consistance dure, son indolence, sa motilité sur les tissus sous-jacents, sa tendance aux récidives locales qui contraste avec la bénignité relative de l'évolution.

Au point de vue histologique, la tumeur correspondait bien aussi aux caractères d'identité établis par Darier : aspect, sur de nombreux points de fibrome fasciculé, et sur d'autres, aspect de sarcome à caractère prédominant fuso-cellulaire, bien qu'on y rencontre de nombreuses cellules rondes et de vraies cellules géantes en nombre appréciable.

L'auteur passe ensuite en revue les diverses formes de sarcome de la peau décrites par les divers auteurs et les diverses définitions qu'ils ont données du fibrosarcome aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Cependant, des nombreux cas décrits dans la littérature et du cas qui fait l'objet de cette étude, il résulte que les formes néoplasiques décrites par Darier sous le nom de « fibromes progressifs et récidivants de la peau » correspondent certainement, aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique, à une entité

nosologique bien déterminée, qui se détache quelque peu des autres formes de sarcome de la peau.

Le cas de L. est intéressant en outre à deux points de vue :

1° S'il n'existe dans la littérature que 3 cas de fibrosarcome du pénis, il n'en existait aucun à localisation cutanée : celui-ci est le premier.

2° C'est aussi le premier cas publié où l'on voit le fibrosarcome envahir les ganglions (ceux-ci présentaient au point de vue histologique les mêmes caractères que la tumeur primitive). Ce serait là un caractère de malignité, mais il convient de rappeler que les épithéliomas basocellulaires ont eux aussi ce caractère d'envahir les ganglions après un temps fort long, ce qui n'empêche pas qu'ils sont considérés habituellement, bien que tumeurs épithéliomateuses, comme des lésions à évolution chronique et relativement bénigne. BELGODERE.

Dermite micrococcique à type d'impétigo herpétiforme, par F. MACCARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1575, 6 fig. Bibliographie.

Observation d'un homme de 50 ans, atteint depuis 16 ans d'une dermatose caractérisée par des placards qui débutent par un prurit violent, suivi de l'apparition de petites vésicules, qui deviennent pustuleuses, puis, la partie centrale du placard devient ulcéreuse, tandis qu'il s'agrandit à sa périphérie par apparition de nouvelles vésicules ; parfois, la surface de l'ulcération devient végétante. Ces lésions guérissent, puis il en apparaît d'autres par poussées ; elles s'accompagnent de fièvre inconstante apparaissant aussi par poussées. Cette affection, dans les derniers temps, avait fortement atteint l'état général du malade qui était devenu cachectique. Les divers traitements locaux ou généraux institués (vaccinothérapie) ne donnèrent que des résultats nuls ou presque, si bien que le malade voulut quitter l'hôpital sans attendre de nouvelles tentatives thérapeutiques.

L'examen général ne put pas faire découvrir d'altération anatomique ou fonctionnelle des organes internes qui put être considérée comme une cause et non comme un effet de la maladie.

Des pustules et du sang, on a pu cultiver un germe dont les caractères morphologiques, culturaux et biologiques ont permis d'identifier un microcoque. Mais l'identification n'a pas pu être poussée plus loin ; en tout cas, il ne s'agit pas d'un microbe pyogène, car s'il s'est montré fortement pathogène sur les animaux de laboratoire, il n'a jamais occasionné de faits suppuratifs. Chez le lapin, l'inoculation intradermique de ce germe provenant directement de l'homme, a provoqué des accidents cutanés semblables à ceux du malade ; mais la même inoculation, pratiquée avec un germe de passage, a provoqué au contraire des accidents viscéraux mortels (péritonite).

Pour la discussion du diagnostic on pouvait penser à : pemphigus végétant ; dermite pustuleuse chronique de Hallopeau ; dermatite de Duhring ; blastomycose ; enfin, *impétigo herpétiforme.*

C'est ce dernier diagnostic qui, pour M., est le plus vraisemblable, mais il ne peut cependant se montrer absolument affirmatif. En effet, quelle est la nature exacte du microcoque trouvé chez le malade ? On ne le sait pas trop bien. D'autre part, qu'est-ce au juste que l'impétigo herpétiforme ? On ne le sait pas trop bien non plus. Dans ces conditions, il est assez difficile d'établir une assimilation entre deux processus mal définis.

L'impétigo herpétiforme s'observe surtout chez les femmes enceintes, mais ce n'est pas là une condition absolue, car on l'a rencontré même chez l'homme.

M. pense que, chez son malade, des conditions particulières ont dû intervenir soit pour modifier le terrain, soit pour modifier le germe, mais c'est là une simple hypothèse et il ne peut préciser quelles seraient ces conditions.

Pour conclure, il fait deux hypothèses :

Ou bien, dans son cas, il s'agit d'un impétigo herpétiforme vrai, mais à décours anormal (car cette maladie d'habitude ne dure pas 16 ans, mais tout au plus quelques mois) et il est possible que l'impétigo herpétiforme apparaisse chez des sujets qui sont prédisposés par un certain état organique (grossesse ou *autre*) sous l'influence d'une cause déterminante (infection *ou autre*).

Ou bien, il ne s'agit pas d'un impétigo herpétiforme, mais d'une affection cutanée qui lui ressemble beaucoup, ce qui démontrerait la possibilité, pour une infection cutanée, de provoquer des lésions qui simulent de tous points l'impétigo herpétiforme. BELGODERE.

Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis, par G. JAJA. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1594, 12 fig. 3 p. de bibliographie.

Le groupe des dermatoses que l'on peut désigner sous le terme de *érythémato-infiltratives desquamantes*, à étiologie actuellement obscure est essentiellement constitué par : le psoriasis, le parapsoriasis, la parakératose psoriasiforme (ou séborrhéide) et on pourrait y ajouter aussi le pityriasis rosé, le pityriasis rubra pilaire, et même le lichen.

Ce groupe offre cette particularité de présenter une gamme très étendue de faits de passage qui vont en dégradant graduellement d'une forme à l'autre, de telle sorte qu'il est souvent très difficile d'attribuer un tableau clinique donné à l'une ou l'autre des formes morbides.

Il en résulte souvent des désaccords et des difficultés de diagnostic qui ne peuvent être tranchés que par l'examen histologique.

Pour donner un exemple de ces difficultés, l'auteur étudie trois cas personnels dans lesquels il montre que, sans l'examen histologique, il aurait été impossible de formuler un diagnostic précis.

Il fait ensuite l'historique de la discussion, ouverte par Brocq en 1902, et rappelle que la plupart des dermatologistes se sont ralliés à la classification de cet auteur; qui a distingué trois variétés de parapsoriasis :

1° *parapsoriasis guttata ;* 2° *parapsoriasis lichénoïde ;* 3° *parapsoriasis en plaques disséminées.* Le dermatologiste allemand Rieke a discuté l'opportunité de la distinction entre les deux premières variétés et a proposé de les fondre en une seule, mais cette manière de voir n'a pas en général été suivie.

J. étudie ensuite deux cas personnels de parapsoriasis, l'un de la variété lichénoïde, l'autre de la variété en plaques disséminées.

Dans les deux cas, l'examen histologique montre des lésions communes (vaso-dilatation, infiltration péri-vasculaire d'éléments histiocytaires, œdème papillaire, etc...), mais aussi des caractères différentiels. Dans la forme lichénoïde, il y a des foyers d'infiltration plus nombreux, une diffusion plus grande de ceux-ci au sein du derme moyen et autour des follicules pilifères, et absence d'amincissement de l'épiderme dans lequel on observe de plus intenses phénomènes œdémateux, avec tendance à la formation de petites cavités, etc... Il y a dans ce cas, transition progressive des lésions vers le type de celles qu'on observe dans les séborrhéides psoriasiformes et ces transitions histologiques expliquent les formes de passage qui s'observent en clinique.

L'auteur passe ensuite en revue les différents types de dermatoses psoriasiformes en indiquant leurs caractères différentiels, cliniques et histologiques. De cette étude diagnostique, il conclut en se ralliant à la classification de Brocq en trois variétés du parapsoriasis, rejetant celle de Rieke. Il termine en examinant le diagnostic différentiel particulier de chacune de ces trois variétés, en insistant encore sur les difficultés qu'il présente fréquemment. BELGODERE.

A propos d'un cas de gangrène diabétique, par G. CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1624, 12 fig. 2 p. de bibliographie.

C. rapporte l'observation d'un cas de gangrène diabétique de la jambe chez un homme de 57 ans, cas grave terminé par la mort, avec les particularités d'évolution suivantes : dans une première phase, amélioration du diabète par le traitement insulinique et le régime, mais sans modification de la lésion gangréneuse ; dans une deuxième phase, phénomènes de septicémie ayant leur point de départ dans le foyer de gangrène : fièvre, albuminurie et aggravation du diabète par suite de cette altération de l'état général.

Ce cas est l'occasion pour Chiale, d'une très complète et très savante étude pathogénique de la gangrène diabétique et des diabétides en général.

Les manifestations cutanées du diabète sont connues depuis longtemps et elles n'avaient pas échappé aux vieux cliniciens à une époque où les recherches biologiques étaient encore très sommaires. Lorsque le laboratoire vint s'associer à la clinique on s'attacha successivement à préciser le rôle : 1° du sucre dans l'urine ; 2° du sucre dans le sang ; 3° du

sucre dosé dans l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée ; 4° du sucre contenu dans la peau.

Cette dernière notion est particulièrement intéressante, car elle étend le champ des recherches, limité jusqu'alors aux urines et au sang, jusqu'à l'appareil tégumentaire ; ces recherches ont mis en évidence un *emmagasinement* intense de sucre dans la peau, et, si le traitement insulinique fait abaisser le taux du sucre dans le sang, il est loin d'être aussi efficace sur le sucre cutané. De plus, chez les sujets à nutrition ralentie, l'accumulation du sucre dans la peau peut précéder l'accumulation du sucre dans le sang et dans l'urine. Cette augmentation du sucre dans la peau a pour conséquence directe une diminution de la résistance cellulaire et tissulaire et, pour conséquence indirecte, l'apparition des manifestations pathologiques cutanées très variées que l'on désigne sous le nom de *diabétides.*

Celles-ci ont été divisées par Mayr en deux groupes :

Premier groupe : ce sont celles dans lesquelles le diabète n'intervient qu'avec un rôle adjuvant, en exaltant l'intensité de la dermatose, ou bien en retardant la guérison ; à ce groupe appartiennent toutes les affections bactériennes (furoncles, pyodermites, ecthyma, etc...).

Deuxième groupe : les affections cutanées dans lesquelles le diabète exerce une action directe, c'est-à-dire, les manifestations d'irritation occasionnées par l'urine, par exemple aux orifices génito-urinaires (eczéma, balanite, balanoposthite).

Mais d'autres facteurs interviennent également, par exemple, les épidermophytes (Veyrières), l'irritation du système nerveux, qui joue bien un rôle par exemple dans les prurits diabétiques. Enfin, les altérations du système circulatoire.

Ces dernières, on le conçoit aisément, ont une importance particulière au point de vue de la gangrène diabétique. La plupart des auteurs les décrivent comme des altérations à type sclérotique *des plus grosses artères, consécutives au diabète.* C., en se basant sur les constatations histologiques faites par l'examen de l'artère tibiale antérieure de son malade, pense au contraire que *la lésion artérielle est primitive* (lésions prolifératives de l'intima amenant l'oblitération de la lumière du vaisseau) car les veines, soumises aux mêmes influences que les artères, ne présentent pas ces mêmes lésions. Ce fait explique que la gangrène diabétique, dans ses premières phases tout au moins, puisse être une gangrène sèche, momifiante, et ce n'est que par la suite, sous l'influence des perturbations consécutives de la circulation veineuse et de l'infection secondaire, que les lésions évoluent vers la gangrène humide, plus grave, plus rapide, plus extensive. Ces lésions atteignent surtout les petites ramifications artérielles. Cependant, il y a effectivement des cas, où les lésions atteignent surtout les gros troncs artériels, mais alors, la physionomie clinique est différente : on observe des crises douloureuses paroxystiques, violentes, localisées à la région atteinte ou à tout le membre, avec sensations d'engourdissement, crampes, claudi-

cation intermittente. Mais dans ce cas il semble qu'il s'agisse plutôt de gangrène sénile artério-scléreuse chez un diabétique que de gangrène diabétique. BELGODERE.

Les chloasma par L. NARDELLI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1650. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer que, si la période actuelle s'est signalée par d'importants travaux sur *la* pigmentation, à un point de vue général, l'attention a été moins attirée sur *les* pigmentations, envisagées à un point de vue particulier. S'agissant en particulier du chloasma, il a été fait dans ces dernières années peu de publications relatives à cette dermatose et N. les passe en revue. Dans ces travaux, les discussions ont porté surtout sur la pathogénie (dans laquelle on tend de plus en plus à faire intervenir les surrénales et le sympathique) et sur la classification. A ce dernier point de vue, l'auteur propose la classification suivante : Formes suivant les sujets : 1° chloasma des femmes non enceintes ; 2° chloasma des femmes gravides ; 3° chloasma chez les hommes. Formes suivant le siège : 1° chloasma à siège central ; 2° chloasma à siège marginal... Une variété spéciale est celle qui est dite *chloasma périoral virginum* (mais il n'est pas sûr que toutes soient vierges et mieux serait *juvenum*). N. étudie ensuite 23 observations personnelles de chloasma en les examinant surtout au point de vue de leur pathogénie, et il constate que dans tous ces cas, il s'agit de sujets atteints d'états particuliers, pathologiques ou physiologiques des organes abdominaux, ce qui donne corps à l'hypothèse que, de ces organes, partiraient des excitations pour le sympathique abdominal et les éléments chromaffines, qui se répercutent sous forme d'excitations vaso-motrices et pigmentogènes sur certaines zones cutanées déterminées, provoquant, suivant la constitution individuelle du sujet ou la prédisposition locale, ou la nature de l'excitation, soit l'érythrose avec ses conséquences, soit le chloasma. Il attire l'attention sur une localisation peu connue du chloasma, qui s'observe surtout chez les hommes : l'angle compris entre le pavillon de l'oreille et la bordure des cheveux. Et pour les formes péri-buccales, voici un signe différentiel intéressant : c'est que le chloasma respecte toujours une bordure de peau intacte le long de la partie rouge de la lèvre, caractère qui fait défaut dans les pigmentations secondaires à des irritations externes ou à des processus eczémateux.

BELGODERE.

Nouvelles recherches sur les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par l'acétate de thallium (Troisième note : les altérations des fibres de l'encéphale, des fibres et des cellules de la moelle épinière), par E. CORTELLA *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1661, 2 fig. Bibliographie.

C. s'est voué au thallium et a déjà fait sur cette question plusieurs travaux que nous avons analysés précédemment. Il rappelle les diffé-

rentes théories qui ont été proposées pour expliquer l'action du thallium. Il rappelle les résultats de ses recherches antérieures qui ont montré que le thallium, même à faibles doses, provoque chez le rat de graves lésions de l'encéphale, particulièrement de la corne d'Ammon, lésions consistant en désagrégation des amas chromatiques de Nissl, faits de vacuolisation, de gonflement et de réduction de volume du corps cellulaire et en outre d'altérations nucléaires. Il a poursuivi ses recherches afin de mieux préciser quelles altérations pouvaient se rencontrer dans l'encéphale, dans les cellules et les fibres de la moelle épinière.

Les expériences ont porté sur 25 rats dont 13 ont été intoxiqués par des doses relativement fortes, mais fractionnées, 8 par des doses infinitésimales, 4 avec une dose unique, forte, moyenne et faible. Voici quelles sont les lésions qui ont été constatées :

Encéphale : modifications notables de la gaine de myéline, consistant en amincissement, en tuméfactions circonscrites pouvant aller jusqu'à la complète désagrégation avec formation de bulles irrégulières. Les cylindres axes se présentent par place variqueux, gonflés, fragmentés, formant des spires tortueuses pelotonnées.

Moelle épinière : les fibres offrent les mêmes altérations que nous venons d'indiquer dans les fibres de l'encéphale ; on remarque en outre de petits foyers hémorragiques, plus nombreux dans la substance blanche. Les cellules de la moelle épinière sont profondément altérées : aspect globuleux du corps cellulaire, margination du noyau, et sa déformation.

Il est probable qu'il existe aussi des altérations des nerfs périphériques et ce qui le donne à penser, c'est que les fibres d'origine spinale, spécialement celles qui arrivent à la moelle du ganglion spinal, se montrent très altérées.

On peut se demander ainsi si les effets dépilants du thallium ne seraient pas dus à des altérations des nerfs périphériques et spécialement de ceux qui entourent le collet du poil. C. se propose d'élucider ce point dans une nouvelle série de recherches qu'il compte entreprendre.

Les lésions qu'il a constatées permettent en somme de formuler le diagnostic d'*encéphalomyélite* avec *névrite dégénérative*. Cette opinion trouve une confirmation dans l'accident survenu récemment à Madrid où 16 enfants furent intoxiqués par le thallium administré par erreur à dose exagérée ; 14 de ces enfants moururent après avoir présenté des symptômes d'encéphalomyélite et les examens nécropsiques révélèrent de graves altérations du système nerveux central.

Belgodere.

Sur l'aspergillose cutanée (Contribution anatomo-clinique et expérimentale), par U. Cavallucci. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc 5, octobre 1930. p. 1673, 8 fig. Bibliographie.

Parmi les champignons, l'*aspergillus* est un des plus pathogènes pour l'homme et sa localisation pulmonaire est bien connue. Les localisations

cutanées sont de notion plus récente et on a pensé tout d'abord qu'il ne pouvait provoquer sur ce terrain que des lésions érythémato-squameuses telles que les caratés. C. vient d'en observer un cas fort intéressant qui montre que ce parasite peut aussi provoquer sur la peau des lésions ulcéreuses.

Il énumère rapidement les diverses variétés du parasite, dont la plus commune est l'*Aspergillus fumigatus.*

Chez son malade, qui était un cultivateur de 40 ans, le parasite, en 13 mois, avait provoqué de vastes et importantes lésions ulcéreuses du tronc et des membres, avec altération marquée de l'état général. Divers médecins avaient entrepris des traitements variés, notamment antiluétiques, car ces ulcérations présentaient une certaine analogie avec des ulcérations de gommes syphilitiques ; tous ces traitements n'avaient donné aucun résultat.

Les lésions débutaient par un petit nodule de la grosseur d'un pois, qui augmentait de volume, se ramollissait, puis s'ulcérait. C'est de l'un de ces nodules encore fermé que fut isolé le parasite, qui était l'*Aspergillus fumigatus*, dont l'identité fut confirmée par toutes les méthodes de laboratoire usuelles : examen direct, séro-agglutination, inoculation intradermique chez le patient, intrapéritonéale chez le cobaye, rétrocultures, examens histologiques, etc... Le diagnostic d'aspergillose cutanée étant ainsi bien établi, le malade fut soumis à une cure énergique iodo-arsenicale, buccale et par injections, qui, en trois mois, amena la guérison complète.

Il faut donc, en présence d'ulcérations cutanées qui résistent aux traitements habituels de la syphilis et de la tuberculose, penser à l'aspergillose cutanée, l'erreur de diagnostic entraînant des erreurs thérapeutiques qui permettent aux lésions de cette affection de prendre une grande extension et une haute gravité.

Sur l'innervation des cicatrices du goudron, par F. Bernucci *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1707.

Un des points les plus controversés de l'histoire des tumeurs malignes est celle de leur innervation, et l'on discute notamment sur le point de savoir si elles contiennent des nerfs néoformés. B. a fait les expériences suivantes : il a soumis des rats blancs à des applications répétées de goudron de houille et les a sacrifiés à diverses époques, faisant alors l'examen histologique des altérations cutanées provoquées par le goudron, de manière à dépister dès leur début les néoformations nerveuses. Ces recherches ont été complètement négatives : même dans les lésions relativement avancées, aucune fibre nerveuse néoformée n'a pu être constatée entre les assises du tissu épithélial. Belgodere.

Etude d'un sel organique de strontium (Quatrième partie : le 418 Sr comme antiluétique), par E. Ciambellotti. *Giornale italiano di Derma-*

tologia e Sifilologia, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1685. Bibliographie.

C'est la suite des travaux dont plusieurs ont déjà été analysés ici, relatifs au sel organique de strontium dit 418 Sr. On se rappelle que C. avait montré dans ses publications antérieures l'action sédative remarquable de ce sel sur les douleurs des tabétiques et son action non moins remarquable sur les réactions sérologiques, qui deviennent souvent et rapidement négatives. Mais quelle est la nature de cette action ? S'agissait-il d'une action spécifique, c'est-à-dire d'une action tréponémicide ? Pour élucider ce point important, C. a entrepris de nouvelles recherches.

D'abord, au point de vue sérologique, il rapporte le cas de deux malades dont les réactions demeuraient positives malgré des traitements arsénobenzoliques et bismuthiques intenses ; chez ces deux malades, les réactions devinrent facilement, rapidement et durablement négatives sous l'influence du 418 Sr. Et des recherches qu'il serait trop long de détailler ont apporté la preuve qu'il ne s'agit pas là d'une action chimique anticomplémentaire, mais bien de modifications des caractères humoraux du luétique.

Mais la meilleure preuve du pouvoir thérapeutique d'un médicament antiluétique, n'est-ce pas les résultats thérapeutiques que l'on peut en obtenir sur les manifestations cliniques ? L'épreuve a été faite sur trois sujets atteints de manifestations de syphilis active, et là les résultats ont été beaucoup moins brillants, si même il n'y a pas eu échec complet.

Dans un cas de manifestations cutanées et muqueuses en phase floride, les modifications ont été insignifiantes ; il y en a eu cependant, mais elles ont été si peu importantes que l'on peut se demander si ce ne sont pas simplement les modifications qu'il est habituel d'observer par le simple fait du vieillissement de la maladie. Par contre dans les cas de cette catégorie il est incontestable que le médicament apporte parfois — mais non toujours — une atténuation et même une négativation complète des réactions sérologiques. Il y a donc discordance entre le comportement sérologique et le comportement clinique.

Dans la syphilis secondaire tardive latente, dans la syphilis tertiaire sans manifestations cutanées, il est bien difficile d'apprécier l'action spécifique du 418 Sr., mais l'amélioration des troubles subjectifs et généraux semble être en faveur d'une véritable action antiluétique. Au point de vue sérologique, les résultats, dans cette série, sont parfois remarquables et même trop beaux, et c'est ce qui justement éveille la méfiance.

L'interprétation de ces faits n'est pas facile. La discordance entre les résultats cliniques et sérologiques dans la syphilis secondaire donnerait à penser que le 418 Sr. exerce, non pas une action curative, mais une action perturbatrice sur les conditions humorales qui sont les

témoins de l'activité de la syphilis. Il y aurait sommation algébrique entre cette action perturbatrice et l'action exercée par le tréponème, ce qui expliquerait que l'on obtienne des résultats variables au point de vue sérologique suivant que c'est l'un ou l'autre de ces deux facteurs qui l'emporte.

Il semblerait cependant que le 418 Sr. exerce bien une action curative, mais légère, aspécifique et indirecte, peut-être dans le cas notamment des syphilis anciennes, en rompant l'équilibre qui s'est établi à la longue entre les défenses de l'organisme et le virus syphilitique adapté. BELGODERE.

Sur la résistance « in vitro » du gonocoque et des germes communs de l'urètre à l'état normal vis-à-vis des préparations acridiniques (trypaflavine), par E. SECHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1708. Bibliographie.

Parmi les nombreuses substances chimiques qui ont été proposées pour combattre l'infection gonococcique, il en est peu qui aient suscité un mouvement d'enthousiasme aussi accentué que les produits acridiniques. Cet enthousiasme n'est pas unanime cependant, la méthode a ses détracteurs, son efficacité est discutée, et surtout, on n'est pas d'accord sur son mode d'action. S'agit-il d'une action directe sur le gonocoque, comme le veulent certains ? S'agit-il d'une simple action sensibilisante, qui rendrait le gonocoque plus vulnérable aux agents de la thérapeutique locale, de sorte que celle-ci devrait être nécessairement associée au traitement général acridinique ? Telles sont les deux théories qui s'affrontent et que S. a voulu soumettre au contrôle de l'expérience.

Il lui a semblé aussi qu'un facteur pouvait jouer un certain rôle non négligeable : la flore bactérienne associée. Certains n'ont-ils pas été jusqu'à dire que le gonocoque, à lui seul, n'avait pas de pouvoir pathogène et qu'il ne devenait pathogène que par association avec des germes banaux.

Les expériences de l'auteur ont donc consisté à faire une étude comparative sur la résistance opposée à une préparation acridinique (trypaflavine) d'une part, par les germes communs de la flore uréthrale à l'état normal, d'autre part, par le gonocoque, et à vérifier aussi quelles modifications sont provoquées par la trypaflavine sur les caractères morphologiques et tinctoriaux, et sur les propriétés chimico-fermentatives de ces germes.

Les recherches ont été effectuées sur 24 sujets qui n'avaient jamais été atteints de blennorragie ni d'infection uréthrale analogue. Dans leur urèthre, on put isoler 11 espèces microbiennes différentes, dont 8 appartenaient à la famille des cocci, 2 à celle des bactéries, 1 était un coccobacille.

La résistance de chacun de ces germes et celle du gonocoque par rapport à la trypaflavine, fut éprouvée en les mettant en contact avec des

solutions de cette substance à des degrés divers de dilution, variant de 1/100.000 à 1/600.000.

Les résultats ont été les suivants :

1° La flore uréthrale commune est variable en qualité et en quantité.

2° Elle varie également selon les différentes portions du canal. Dans l'urèthre antérieur on rencontre plus facilement le staphylocoque blanc, doré, etc..., tandis que l'urèthre postérieur est souvent stérile, ou contient le streptocoque et le pseudo-diphtérique. Ce fait pourrait être dû à des phénomènes de mutualisme et d'antibiose bactérienne.

3° La résistance des divers germes isolés et du gonocoque varie dans des limites assez larges, entre 100.000 et 600.000.

4° Le gonocoque, parmi ces germes, est un des plus résistants, il faut, pour le tuer, des dilutions de trypaflavine qui n'excèdent pas 200.000.

5° Enfin, la trypaflavine n'exerce aucune action sur les caractères morphologiques et tinctoriaux, ni sur les propriétés fermentatives des germes. BELGODERE.

Sur le mécanisme de la malariathérapie dans la paralysie progressive, par M. ZINGALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1733.

L'efficacité de la malariathérapie dans le traitement de la syphilis nerveuse en général et de la paralysie générale progressive en particulier, n'est plus guère discutée, ainsi qu'il ressort des résultats du XXV° Congrès des dermatologistes italiens, où cette question a été examinée à fond. Mais ce qui est encore fort obscur, c'est le mode d'action de ce moyen thérapeutique. Deux hypothèses en particulier ont retenu l'attention : 1° antagonisme biologique entre le *plasmodium* et le tréponème ; 2° action catalysatrice de la malaria vis-à-vis des médicaments spécifiques.

Mais bien d'autres théories ont été proposées (pas moins de 18) dont Z. fait l'énumération (action humorale, action leucocytaire, hyperpyrexique, destruction aspécifique des venins infectieux en circulation, etc...).

Il examine et discute les plus importantes de ces théories et montre qu'aucune d'elles ne résiste à la critique. Par exemple, pour l'antagonisme entre le *plasmodium* et le tréponème, on a vu des manifestations tertiaires gommeuses ostéo-cutanées survenir à la fin d'une période de cure malarique, et Pasini, chez des sujets soumis à la malariathérapie, a trouvé des spirochètes très abondants et très vivants dans la moelle et dans la rate.

Z. suggère une hypothèse nouvelle : *la malaria agirait comme un stimulant essentiellement local de la défense histiogène.* Il discute cette hypothèse qui a déjà été invoquée d'ailleurs pour expliquer le mécanisme d'action de la protéinothérapie, mais on lui a fait cette objection que la rapidité des effets obtenus par la protéinothérapie s'accordait mal avec l'idée d'une exaltation de la défense histiogène ; mais dans la

malariathérapie de la paralysie générale progressive, précisément, ce n'est parfois qu'au bout de plusieurs semaines et de plusieurs mois que les effets favorables se manifestent. D'autre part, il est remarquable que l'action bienfaisante de la malaria ne s'exerce que sur la paralysie générale progressive, alors qu'elle est sans action sur les autres manifestations nerveuses luétiques ou non luétiques, à tel point qu'on a pensé à l'utiliser comme moyen de diagnostic entre la vraie et la fausse paralysie progressive. Ce fait donne à penser que l'infection palustre est capable d'exercer son action spécifiquement sur les cellules nerveuses lésées par le virus luétique ; il y aurait donc une action *neurotrope spécifique*, comme l'avait tout d'abord pensé Wagner Jauregg.

On ne peut pas en effet expliquer non plus les résultats thérapeutiques par une simple *action de choc*, car alors, on devrait obtenir des résultats analogues avec les substances pyrétogènes communes, ce qui ne se produit pas.

Cette théorie de la malariathérapie, agissant *comme stimulant aspécifique d'un processus immunitaire histiogène de la cellule nerveuse spécifiquement lésée* permet de comprendre :

1° Que la malaria, à elle seule, même non suivie de traitement chimiothérapique, amène une amélioration de la paralysie générale progressive.

2° Que la malaria soit plus efficace que les moyens pyrétothérapiques communs.

3° Que la malaria agisse seulement sur les manifestations luétiques nerveuses et non sur les autres. BELGODERE.

Les phénomènes électriques de la peau (Leçon faite au cours de spécialité de dermatologie), par M. COMEL. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXI, fasc. 5, octobre 1930, p. 1742. Bibliographie.

Comme la plupart des travaux relatifs à l'électricité médicale, cette leçon n'est pas d'une lecture facilement abordable pour le médecin qui n'est pas spécialisé dans l'étude de ces questions et qui ne peut compter que le secours de souvenirs lointains de P. C. N. : *rari nantes*. Aussi devrons-nous nous borner à en donner un simple aperçu un peu superficiel.

C. rappelle que toute activité du protoplasma entraîne une perturbation électrique : la partie active devient électro-négative par rapport à celle qui est en repos. Il s'établit ainsi un courant dit *courant d'action*. Par quel mécanisme ? On ne peut faire à ce sujet que des hypothèses. Le corps humain, en général, est capable d'être conducteur de l'électricité mais à un degré variable. Rechercher ce degré de conductibilité, c'est étudier la *résistance électrique* du corps humain qui se définit par la loi de Ohm : le quotient entre la tension du courant et son intensité. Étude des particularités de cette résistance et des diverses hypothèses qu'elle a suscitées.

Pour ce qui concerne plus spécialement la peau, il convient d'exami-

ner tout d'abord sa résistance aux *courants continus.* Les facteurs qui interviennent dans ses variations dépendent principalement de la composition des liquides mis au contact de la peau ; l'augmentation de la résistance dépend surtout des cations de la solution d'électrolytes. D'autres facteurs interviennent également : réchauffement de la peau, pressions exercées sur elle, érythème. Il y a aussi de nombreuses variations individuelles, régionales, celles aussi qui sont dues à l'épaisseur de la peau, à des influences pathologiques (maladie de Basedow, par exemple). Ces variations ont une importance pratique, au point de vue médico-légal, car il est difficile d'établir quelle est la tension la plus basse à laquelle un accident peut survenir. Modifications de la résistance sous l'influence des excitations, des coups de fermeture et d'ouverture. Résistance à la décharge d'un condensateur.

Pour ce qui est de la résistance de la peau aux *courants alternatifs,* il y a de nombreuses difficultés pour la mesure, mais elle paraît être plus faible que pour les courants continus.

A l'étude de la résistance se rallie naturellement celle de la *capacité électrique,* c'est-à-dire de la faculté pour la peau de se charger d'électricité. Elle est diversement appréciée par les auteurs parce qu'il y a des divergences sur sa définition. Cette capacité subit du reste des variations sous l'influence d'agents physiques et chimiques : frictions, réchauffement, refroidissement, ultra-violets, etc..., augmentation de la concentration ionique, action des narcotiques, etc... On discute pour savoir si ces phénomènes de capacité sont semblables à ceux de la charge d'un condensateur ou à des phénomènes de polarisation. Cette question est importante au point de vue de la *perméabilité* cutanée dans laquelle certains font jouer un rôle important aux phénomènes de polarisation.

C. aborde ensuite le problème de la *formation d'énergie électrique dans la peau et ses annexes glandulaires,* il étudie le potentiel cutané, ses variations à l'état de repos et d'activité.

Il termine enfin par l'étude du *réflexe cutané galvanique* ou phénomène de Tarchanoff, décrit par cet auteur en 1890. Action sur la production de l'activité glandulaire. Théories diverses par lesquelles on a cherché à expliquer le phénomène. Réflexe psycho-galvanique : son influence possible sur les processus psychiques, normaux et pathologiques.

Tel est l'aperçu général que nous pouvons donner de cette leçon : la complexité du sujet nécessite une lecture intégrale.

BELGODERE.

XXVI[e] RÉUNION ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ITALIENNE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE.

tenue à Rome, les 24, 25 et 26 avril 1930.

Première séance : 24 avril, 9 heures.

Premier thème : *Rayons X et radium en Dermatologie.*

Cappelli (rapporteur) : *Rayons X et radium en Dermatologie* (Ce rapport a été analysé dans le numéro d'octobre). — Valenti : Principes fondamentaux de la technique radiothérapique en dermatologie. — Scopesi : Mesures ionométriques dans la radium-épilation. — Meineri : L'érythème des rayons Rœntgen. — Manganotti : Recherches histologiques sur les épithéliomas de la peau, en rapport avec la radiothérapie. — Mazzanti : Modifications de la réserve alcaline du plasma sanguin à la suite de l'application de radium et de rayons Rœntgen. — Bertraccini : Recherches histologiques sur la peau humaine irradiée avec des doses subérythèmes de rayons Rœntgen. — Porcelli : Rœntgen et radiumthérapie en dermatologie. — Artom : La radiothérapie rachidienne de certaines dermatoses. — Palvarini : Chancres sur dermatoses mal traitées par la radiothérapie.

Deuxième séance : 24 avril, 15 heures.

Lombardo : Nouvelles recherches histochimiques et toxicologiques sur quelques préparations de plomb. — Pasini : Oosporose cutanée par « Oospora d'Agathæ ». — Truffi (G.) : Contribution aux problèmes de la dermatomycose expérimentale. — Mibelli : A propos des épidermomycoses achromatisantes (épidermomycose par *Hemispora Stellata*). — Scolari : Papillomatose cutanée et muqueuse diffuse, constituée rapidement chez un sujet atteint de cancer du cardia. — Lanteri : Sur la valeur d'une réaction de floculation à la formaline dans les liquides céphalo-rachidiens des neuro-luétiques. — Cartia : Un cas de mycétome des pieds par *Aspergillus niger* avec aspergillides des mains. — Balbi : Recherches sur l'étiologie du lupus érythémateux. — Tarantelli : Sur la présence de l'ultra-virus tuberculeux dans la tuberculose cutanée et dans le lupus érythémateux. — Santori : Détermination de l'or dans l'urine des individus traités avec des préparations auriques. — Crosti : I. Sur quelques caractéristiques biochimiques du sang et des exsudats cutanés dans les dermatoses ; II. Observations comparatives dans le pemphigus sur la peau cliniquement normale ou altérée. — Freund : Sur un cas de sclérodermie en bandes. — M. Franchi : Rapport entre la réaction de Wassermann locale et la réaction de Wassermann sur le sérum du sang et sur le liquide de bulle. — Bussalai : Syndrome pseudo-acromégalique et altérations de la peau. — Flarer : Sur les rapports entre le mycosis fongoïde et la lymphogranulomatose maligne. — Gallia : Contribution à l'étude de la pyodermite chronique. — Ferrari : Psoriasis et groupes sanguins. — Bizzozzero et Ferrari : Sur l'idiosyncrasie à l'iodoforme. — Castoldi : Érythrodermie salvarsanique et intradermo-réaction aux arsénobenzols.

Troisième séance : 25 avril 1930, 9 heures.

Bosellini : Présentation de quelques cas cliniques.

Rapports sur le deuxième thème : *Aspects actuels de la Syphilis.*

Mibelli (rapporteur) : *Aspects actuels de la Syphilis* (Ce rapport a été analysé dans le numéro d'octobre 1930). — Piccardi : Causes de

diffusion et d'aggravation de la syphilis. — CAVALLUCCI : La syphilis dans ses aspects cliniques actuels et dans les rappels du passé. — JAJA : Oscillations cliniques dans la syphilis.

Quatrième séance : 25 avril 1930, 15 heures.

CASTELLI : Chimiothérapie. Travaux et composés nouveaux. — SCOMAZZONI : Le *pH* du liquide céphalo-rachidien et son influence sur le spirochète. — CIARROCHI : Sur l'anergie tuberculinique chez les luétiques. — BLASI : Traitement de la syphilis par une préparation d'or. — TOMMASI : *Pityriasis rubra* de Hébra-Jadassohn chez un sujet atteint de lymphogranulomatose maligne de Sternberg-Paltauf. — CIAMBELLOTTI : Sur un cas de dermatose allergique. — FALCHI : Recherches sur la réactivité cutanée à des stimulants physiques et chimiques. — NARDELLI : Le sympathique abdominal dans la pathogénie de quelques dermatoses de la face. — SANTOIANNI : Recherches sur l'équilibre électrolytique dans quelques dermatoses du groupe du pemphigus. — NARDUCCI : Recherches sur la présence de la tyrosine dans la peau du lapin. — MONACELLI : Notes histologiques sur le système réticulo-histiocytaire de la peau. — VERCELLINO : Sur la participation de la peau à la production des hémolysines. — CERRUTTI : Recherches sur la pigmentation de la peau des lapins. — LEIGHEB : Recherches sur l'activité de la lipase du sérum du sang dans les affections tuberculeuses cutanées. — AMBROGIO : Recherches biologiques sur quelques cas de lèpre. — DEL VIVO : Sur la valeur de quelques épreuves biologiques chez les porteurs d'épithéliomas cutanés. — BERNUCCI : Notes sur un cas de syringocytome.

Cinquième séance : 26 avril 1930, 9 heures.

VERSARI : La déviation du complément avec un antigène spirochétique dans la syphilis. — MARIANI : Caractères constitutionnels et topographiques des dermatogrammes. — CORTELLA : La réaction de clarification de Meinicke (M. K. R.) et la micro-réaction, confrontée avec la réaction de Meinicke T. R. et la réaction de Wassermann. — NICOLETTI : Sur la valeur sérodiagnostique de la réaction de conglomération de Muller (technique simplifiée M. B. R. H.). — CIAMBELLOTTI : L'action d'un sel organique de strontium sur les syndromes douloureux tabétiques. — MACCARI : Dermite micrococcique à type d'impétigo herpétiforme. — TISSI : Sur un cas d'impétigo herpétiforme de la grossesse de Hébra. — TORNABUONI : Hyperplasie conjonctive papuloïde. — LÉVI : Sur l'urétrographie dans les affections blennorragiques. — FARINA et SANNICANDRO : Le calcium et le potassium dans la peau. — CATTANEO : La pseudoparalysie de Parrot. — MARCOZZI : Nouvelles considérations sur les dérivés acridiniques. — MASSIA : La vaccination régionale dans la gonorrhée féminine et ses complications. — SANNICANDRO : Glutathion de la peau. — FRAULINI : La thérapie bismuthique endorachidienne dans la syphilis nerveuse. Recherches radiologiques sur le comportement du bismuth injecté dans la cavité vertébrale. — MONACELLI : Sur l'emploi de l'anse diathermique en dermatologie.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Transport passif de l'hypersensibilité à l'iodure de potassium dans la dermatite herpétiforme de Dühring, par A. Ferrari. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 8, août 1930, p. 489. Bibliographie.

La maladie de Duhring est bien individualisée au point de vue clinique par ses quatre caractères essentiels : polymorphisme de l'éruption, douleurs aiguës, bon état général, récidives. Il y a cependant des cas où le diagnostic reste hésitant, notamment avec le pemphigus.

C'est alors que l'on a voulu attribuer une valeur différentielle à un autre signe : *la sensibilité à l'iodure de K*. Si l'on applique une pommade au KI : réaction inflammatoire locale. Si l'on emploie KI en injections intraveineuses, il se produit une éruption vésiculeuse plus ou moins étendue et plus ou moins intense. Ce fait est toutefois contesté par Urbach ; d'après cet auteur, de semblables réactions peuvent s'observer avec tous les sels halogénés et KI les provoque aussi bien dans le pemphigus que dans la dermatite herpétiforme.

Interprétations de ce fait : 1° altérations de la thyroïde, grâce auxquelles passeraient dans le sang des substances capables de déterminer sur la peau les manifestations caractéristiques de la maladie ; 2° diminution des chlorures, qui rendrait la peau plus sensible à l'iode ; 3° réaction allergique, soit à l'iode, soit plutôt au virus inconnu de la dermatite herpétiforme, par suite de la production de réagines élaborées par les cellules et dont l'existence aurait été démontrée par des expériences de transport passif. Ces dernières ont été rendues beaucoup plus aisées en utilisant la méthode de Praussnitz et Kustner, qui consiste à étudier l'effet partiel, c'est-à-dire la production d'une inflammation plus ou moins intense au point où l'on a fait l'inoculation intradermique de deux substances : la *réagine* (contenue dans le sérum du sang ou dans le liquide de bulle) et l'*allergène* (KI).

Les expériences de transport passif ont donné des résultats positifs entre les mains de Lehner et Rajka :

1° Inoculation au lapin de liquide de bulle, ou de sérum de sujet atteint de dermatite herpétiforme, ensuite application de KI ; au bout de 24 heures, réaction cutanée inflammatoire plus accentuée que sur les témoins.

2° Chez deux individus sains, inoculation intradermique de 0,1 centicube de liquide de bulle de dermatite herpétiforme, et après 30 minutes, inoculation au même point de 0,05 centicubes de solution de KI à 1 o/o. Au bout de 24 heures, phénomènes inflammatoires beaucoup plus intenses que chez les témoins.

Ces expériences démontrent bien la présence des réagines.

F., à son tour, a entrepris des expériences personnelles pour contrôler les phénomènes de transport passif.

Dans un cas de dermatite herpétiforme qui avait manifesté une hyper-

sensibilité au KI, tant cutanée que générale, il a pu, comme Lehner et Rajka, faire le transport passif de l'hypersensibilité, en faisant chez deux sujets une injection de 0,01 centicube de liquide de bulle de dermatite herpétiforme et 30 minutes après, une autre injection au même point de 0,05 centicube de solution à 1 0/0 de KI. Au bout de 24 heures, ces réactions se différencièrent nettement des réactions de contrôle, par l'intensité de l'infiltration et de l'érythème.

L'injection locale de K, dans un pomphus de liquide de bulle de dermatite herpétiforme, fut aussi accompagnée de réaction positive dans un second pomphus situé à brève distance du premier et dans lequel ne fut pas pratiquée d'injection de KI. Également avec l'injection intraveineuse de 5 centicubes de solution de KI à 1 0/0, il se produisit une réaction évidente sur les pomphi de liquide de dermatite herpétiforme.

Ces résultats expérimentaux sont bien, pour F., la preuve que l'hypersensibilité au KI dans la dermatite herpétiforme est due à la présence de réagines. La réaction rentre bien par conséquent dans le cadre des réactions allergiques. BELGODERE.

Contribution à l'étude du gluthation dans les dermatoses et dans la peau des animaux, par CASTELLINO. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 8, août 1930, p. 501. Bibliographie.

Le glutathion, dipeptide constitué par une molécule de cistéine et une d'acide glutammique, a été découvert en 1921 par Kopkins qui l'a extrait de la levure de bière, des muscles et du foie des mammifères. On a constaté depuis qu'il existe dans la plupart des tissus et il a attiré rapidement l'attention à cause de ses propriétés réversibles, tantôt réductrices, tantôt oxydantes, tantôt donateur, tantôt accepteur d'hydrogène.

Or, les phénomènes de la respiration interne sont expliqués par deux théories : celle de l'activation de l'oxygène, et celle de la déshydrogénisation. Le glutathion pourrait jouer alternativement l'un et l'autre rôle.

Sa quantité varie suivant certaines influences : physiologiques (alimentation, contraction musculaire, respiration) et pathologiques (augmentation dans les néoplasies).

Dans la peau, il a été étudié particulièrement par Walker, Kayes et Giroud. D'après ces auteurs, le glutathion serait abondant dans l'épiderme et surtout dans la couche malpighienne, il diminuerait en se rapprochant de la surface pour disparaître complètement dans la couche cornée. Dans le poil et les follicules pilaires, il existerait en plus grande quantité que dans le reste de la peau : plus abondant dans les poils noirs que dans les blancs, plus dans les poils longs que dans les courts, etc.

Il a semblé à C. qu'il serait intéressant d'étudier les variations du glutathion en rapport avec les dermatoses, et il a institué des recherches dans ce sens.

Dans une première série de recherches, il a dosé le glutathion dans le sang de sujets atteints de dermatoses (à cause de la difficulté de

faire accepter les biopsies larges nécessaires pour faire la recherche dans la peau). Ces premières recherches ont donné un résultat négatif et il semble donc bien qu'il n'y ait aucun lien entre les conditions de la peau et la quantité de glutathion contenue dans le sang.

Deuxième série d'expériences : recherche du glutathion dans la peau d'animaux (lapins) de pelage varié, soumis à des applications de rayons ultra-violets.

Résultats : la peau des lapins contient des quantités de glutathion variables d'un animal à l'autre, en général plus grandes chez ceux qui ont un pelage foncé que chez ceux qui ont un pelage clair. Les applications courtes de rayons ultra-violets n'ont qu'une faible influence sur la quantité de glutathion ; les applications répétées jusqu'à provoquer un érythème amènent une augmentation notable du glutathion chez les différents types de lapins quel que soit le pelage.

C. ne pense pas qu'il existe un lien entre la proportion de pigment et celle de glutathion, car dans ses expériences, ces deux éléments n'ont pas suivi des variations parallèles. Il croit plutôt que le glutathion est un corps actif de la respiration intracellulaire qui augmente plutôt dans les zones où le métabolisme est plus intense, et c'est à sa présence que serait dû en grande partie le pouvoir réducteur des tissus, dont il serait le facteur principal, toutefois, cette question appelle encore de nouvelles recherches. BELGODERE.

Tentatives chimiothérapiques de l'infection gonococcique, par G. JAJA. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 8, août 1930, p. 512.

J. pense que l'avenir de la chimiothérapie antigonococcique est dans les préparations argentiques et que les efforts des chercheurs doivent être dirigés dans ce sens. C'est pourquoi, impressionné par l'efficacité du thiosulfate d'or et de soude dans le cas de lésions bacillaires, il a eu l'idée d'expérimenter, contre la blennorragie, du thiosulfate d'argent et de soude.

Première série de recherches : *Thiosulfate d'argent et de soude.* Il a été employé en injections intraveineuses seules, à petites doses rapprochées, ou à fortes doses espacées, et chez d'autres malades en associant les moyens locaux usuels. Nous n'insisterons pas sur le détail de ces recherches, attendu que les résultats en ont été absolument nuls, sans compter des effets généraux désagréables sinon dangereux.

Deuxième série : *Thiosulfate d'argent et de soude associé à la trypaflavine.* Également résultats nuls.

Troisième série : *Thiosulfate d'argent et de soude et préparations formaldéhydiques.* Mêmes résultats thérapeutiques nuls et mêmes effets fâcheux de la médication argentique au point de vue général.

Quatrième série : *Composés organiques d'argent.* Leur efficacité comme agents thérapeutiques locaux en rendait logique l'emploi comme traitement général pour agir sur les foyers qui échappent au traitement local. J. a utilisé le protargol Bayer, le protéinate d'argent Poulenc, le

vitellinate d'argent Poulenc, en injections intraveineuses en solution à 1 o/o.

Résultats : pas de troubles de l'état général *immédiats*, mais cependant quelques répercussions *tardives* dans les cas de série prolongée. Au point de vue local, ce procédé ne s'est pas montré très efficace. On pourrait incriminer la dilution trop grande du médicament dans la masse sanguine. J. ne pense pas que ce soit là la raison ; certains médicaments comme les arsénobenzols, agissent à des taux de dilution bien plus forts. Il est plus probable que l'inefficacité est due à des modifications du produit au contact des albuminoïdes organiques.

En somme, la tentative faite par J. a abouti à un échec, mais il pense cependant que cette voie ne doit pas être abandonnée, et surtout, il estime que, dans le traitement de la blennorragie, il faut toujours associer aux moyens locaux les moyens généraux ; il a remarqué que cette association donne toujours dans l'ensemble des résultats meilleurs que l'une des deux méthodes utilisées seule. Il termine en donnant un schéma de direction du traitement de la blennorragie d'après sa pratique personnelle. BELGODERE.

Razès et Avicenne, les deux premiers descripteurs de la variole et de la rougeole, par Augusto BOTTO-MICCA. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 8, août 1930, p. 522. Bibliographie.

La variole est une maladie d'origine orientale dont on trouve les premières traces en Chine en 1122 avant Jésus-Christ. Elle se propagea ensuite au Japon, en Perse, en Arabie, en Égypte, puis en Espagne. Cet historique explique que les plus anciens écrits qui nous soient restés sur cette maladie soient dus à des médecins arabes et notamment Razès et Avicenne, presque contemporains.

RAZÈS, né en 850, à Ray, dans le Khorassan, est le premier grand médecin de l'école arabe. Il fut professeur à Bagdad, où il acquit une grande réputation, et de partout, on accourait pour écouter ses leçons. Après avoir joui de la faveur du prince de Khorassan, Almansor, il tomba en disgrâce et dans la misère et mourut de la cataracte en 932.

Il a laissé 111 œuvres, sur des sujets variés, de philosophie, d'astronomie et de médecine. Le plus important de ses livres est celui qui a pour titre « El Hhawi » ou « Le Continent » qui est une encyclopédie de médecine pratique. Il s'y montre disciple d'Hippocrate, donnant un développement important à la séméiologie, et réagissant contre l'importance exagérée attribuée à l'examen des urines par les médecins arabes, qui prétendaient pouvoir, au moyen de cet examen, diagnostiquer n'importe quelle maladie. Mais, de toutes ses œuvres, celle qui lui a valu le plus de notoriété est son *Traité de la variole et de la rougeole.*

B. donne la traduction *in extenso* de cette œuvre et il établit son antériorité sur l'œuvre correspondante d'Avicenne.

Le *Traité de la Variole* comprend 14 chapitres : 2 sont relatifs à l'étiologie, 1 aux symptômes, 10 au traitement, 1 au diagnostic. Comme

on voit, il donne une importance prépondérante à la thérapeutique; il passe même presque sous silence la description de la maladie, peut-être à dessein, sans doute parce qu'il estimait que la symptomatologie était suffisamment connue par les publications antérieures.

Au point de vue thérapeutique, il a été un véritable précurseur : il est en effet le premier auteur dans lequel on trouve l'indication de remèdes chimiques. Il a préconisé l'emploi du muriate de mercure dans les maladies de la peau, des préparations arsenicales, orpiment et réalgar, pour l'usage externe et en clystère, contre la dysenterie, du sulfate de cuivre et de fer.

Avicenne, est né en 980, à Afschena, près de Bokkara ; il manifesta une précocité étonnante, dont on ne voit plus d'exemple de nos jours : à 10 ans, il savait déjà le Coran par cœur ; après avoir étudié un peu toutes les sciences, il se rendit à Bagdad pour y apprendre la médecine, et « pendant toutes ses études, il ne dormit même pas une nuit, chassant le sommeil à force de breuvages » (peut-être dès ce temps n'ignorait-on pas le « battage »). A 18 ans, il guérissait déjà le calife Nuhh. A 21 ans, il commença à écrire des œuvres sur les sujets les plus divers ; puis il s'établit à Ray, dans l'Irak ; une révolution l'en chassa et il se retira auprès de l'émir Hammadan dont il devint le médecin et qui le nomma vizir ; après la mort de celui-ci, il se réfugia à Ispahan où l'émir le combla d'honneurs et il vécut désormais dans la gloire et l'abondance... Malheureusement, s'il était très savant, il n'était pas très « sérieux » ; de son propre aveu, il abusait du vin et des plaisirs vénériens, ce qui abrégea sa vie, car il mourut à 58 ans.

Son œuvre la plus importante est le « Canon » divisé en cinq livres, qui traitent de l'anatomie, de la physiologie, de la matière médicale, des maladies, des fièvres, des remèdes et antidotes. C'est dans cet ouvrage que se trouve un chapitre qui forme son *Traité de la variole et de la rougeole* (B. en donne la traduction complète).

Avicenne a joui d'une autorité considérable, qui s'est prolongée pendant dix siècles. Ses œuvres étaient lues et commentées dans les Universités de tous les pays durant tout le Moyen Age. En réalité, il semble avoir été « surestimé » ; ses œuvres ne manifestent pas une grande originalité ; il est fortement imprégné de Galien, quand même il ne le plagie pas tout simplement. Dans son *Traité de la variole*, il se montre incontestablement moins bon observateur que Razès. Lui aussi fait un large emploi des médicaments chimiques, plus nombreux encore dans son ouvrage que dans celui de Razès sans doute en relation avec les progrès de la science chimique depuis son prédécesseur.

Pour conclure, on peut considérer Razès et Avicenne, comme les deux premiers auteurs qui ont étudié la variole et la rougeole. Des deux *Traités*, celui de Razès est incontestablement supérieur comme esprit d'observation, comme priorité et comme conception. Enfin les deux médecins arabes peuvent être considérés comme de véritables précurseurs de la chimiothérapie.

Belgodere.

Recherches et considérations pathogéniques à propos d'un cas de dyschromie luétique généralisée, par G. Santojanni. *Il Dermosifiligrafo,* 5e année, no 9, septembre 1930, p. 561. 2 fig. Bibliographie.

Cas d'un jeune homme, atteint de syphilis récente, chez lequel, trois mois après la contagion, apparut un syndrome caractérisé par des manifestations spécifiques secondaires multiples (condylomes plans de la bouche et de l'anus, douleurs ostéo-articulaires, éruption pigmentaire cutanée à type de syphiloderme pigmentaire généralisé) et par des signes nets d'hypofonction surrénale (asthénie profonde, hypotension artérielle, vagotonie accentuée, ligne blanche de Sergent, etc...) qui peuvent être rapportés à une surrénalite luétique secondaire.

Cette symptomatologie complexe cédait facilement et promptement au traitement spécifique, mais si celui-ci était interrompu quelque temps, on voyait rapidement se manifester la récidive.

L'auteur discute longuement la pathogénie de ces manifestations dyschromiques de la peau, rappelant les diverses hypothèses émises par les auteurs qui se sont occupés de cette question, examinant et interprétant les diverses épreuves dont le sujet en examen a été l'objet : épreuves pharmacodynamiques, réflexe oculo-cardiaque, taux glycémique, etc..., ainsi que l'évolution de la maladie, ses alternatives de guérison et de rechute, etc... Il conclut que, dans le cas étudié, la dyschromie cutanée doit être mise en rapport avec le syndrome d'insuffisance surrénale provoqué par l'infection luétique.

Cependant, tous les cas de dyschromie luétique ne peuvent pas s'expliquer de cette manière ; tous ne sont pas dus à l'insuffisance surrénale ; on ne peut pas exclure l'hypothèse de l'intervention de lésions organiques ou fonctionnelles, causées toujours par l'infection luétique, mais portant soit sur d'autres glandes endocrines, soit sur des organes nerveux sympathiques ou centraux. Belgodere.

Le Prurigo strophulus, par Mario Artom. *Il Dermosifiligrafo,* 5e année, no 9, septembre 1930, p. 608.

Travail didactique : leçon faite par le professeur, dans un cours de dermatologie infantile. Description des manifestations cliniques bien connues et classiques du prurigo strophulus. Bon pronostic en général de cette maladie qui disparaît le plus souvent vers 3 à 5 ans, mais qui est très rebelle et difficile à traiter tant que n'est pas survenue sa disparition spontanée. Une des principales causes de notre impuissance thérapeutique c'est notre ignorance pathogénique. On soupçonne de nombreuses causes, mais on ne peut nettement en accuser aucune. Dans une première période, on a cru devoir incriminer une intoxication par les protéines animales, dans une deuxième période, on a incriminé les farineux, coupables de provoquer une sorte d'état anaphylactique ou bien d'occasionner des fermentations intestinales (diarrhée farineuse) ; d'autres ont accusé comme substance anaphylactisante, le lait de vache, qui déterminerait un choc colloïdo-clasique.

Mais il est bien évident que l'alimentation n'est pas tout, et tout le monde s'accorde à faire intervenir l'influence du *terrain*, qui crée des prédispositions, soit acquises, soit héréditaires. *Héréditaires :* arthritisme des parents ; prédisposition héréditaire aux accidents anaphylactiques (asthme, urticaire, migraine, fréquents chez les parents), les excès de travail intellectuel et le nervosisme ; les intoxications (alcool, café, tabac), les infections chroniques (tuberculose et syphilis), telles sont les tares qui sont souvent relevées chez les ascendants des enfants atteints de strophulus. *Acquises :* les prédispositions acquises sont dues : 1° aux infections aiguës ou chroniques (végétations adénoïdes, infections intestinales, entérites, oxyures) ; 2° aux erreurs de régime (régimes mal équilibrés, régimes monomorphes, etc...) ; 3° à des troubles hépatiques (cholémie familiale) ; 4° à des troubles endocriniens, et spécialement thyroïdiens.

Les indications thérapeutiques découlent de ces notions et doivent s'adresser : 1° à l'alimentation, qui devra être redressée ; 2° au terrain : procédés anaphylactiques usuels, stimulants hépatiques, opothérapie, médication intestinale antiseptique, médication antiluétique.

BELGODERE.

Purpura anaphylactoïde d'origine tuberculeuse, par G. SANNICANDRO. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, n° 9, septembre 1930, p. 576. Bibliographie.

S. rappelle que c'est Schoenlein qui, le premier, détacha du groupe complexe des purpuras hémorragiques une forme caractérisée par la sensibilité spontanée et à la pression de diverses articulations, par l'éruption de taches érythémateuses de la grandeur d'une lentille au plus, l'évolution se faisant par poussées, au cours de diverses semaines.

II. rapporte le cas d'un malade qui rentre évidemment dans cette catégorie de purpura, et il en discute le diagnostic. Le purpura de Schoenlein pourrait être confondu avec la maladie de Werlhoff, mais les signes différentiels, qui existaient nettement dans le cas observé sont : absence de comportement anormal du temps d'hémorragie, de coagulation, de rétraction du caillot, du nombre des plaquettes ; le signe du lacet était négatif ; les manifestations cutanées n'étaient pas de vraies hémorragies, ni des extravasations plus ou moins abondantes de sang subissant les modifications habituelles de coloration du pigment hématique, mais il s'agissait d'efflorescences d'érythème, d'urticaire, qui devenaient hémorragiques secondairement. Il y avait aussi, en faveur du purpura hémorragique de Schoenlein, de petites poussées fébriles vespérales irrégulières.

Parmi les auteurs qui ont étudié cette maladie, Frank a attiré l'attention sur les analogies qu'elle présente avec la maladie du sérum, en raison de l'urticaire, de l'érythème, de l'albuminurie, de la fièvre et, pour cette raison, il a proposé le nom de *purpura anaphylactoïde*, afin de rappeler cet « air de famille » entre le purpura de Schoenlein et les accidents anaphylactiques. Pour Frank, il s'agirait au point de vue

pathogénique d'une altération spéciale des capillaires, d'une toxicose capillaire due à des poisons analogues à l'histamine et qui se formeraient d'après lui sous l'influence d'une flore intestinale déterminée.

Mais jusqu'à présent, dans les travaux antérieurs sur la question, c'est la tuberculose qui avait été incriminée et certaines observations, notamment de Gaucher et Gougerot, semblaient apporter des arguments sérieux. S. discute cette opinion et croit devoir la rejeter, bien que, dans le cas qu'il a observé, le malade fut atteint d'une pleurite chronique et manifestement bacillaire. Il pense que le purpura anaphylactoïde est dû à des conditions biologiques spéciales de réactivité et de sensibilité cutanée sous l'influence de causes irritantes très diverses ; ces états morbides dépendraient souvent d'infections de plaies, de suppurations (infections focales des auteurs américains). Les toxines bactériennes joueraient un rôle pathogénique important ; il faudrait faire intervenir aussi une altération des parois capillaires, une sensibilisation des tissus, qui présenteraient ainsi une réactivité particulière à des excitations, soit chimiques (tuberculine), soit mécaniques (influence de la station verticale). BELGODERE.

Réinfection et superinfection syphilitique, par Luigi BESTA. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 9, septembre 1930, p. 585.

Il s'agit d'une épreuve universitaire. C'est le « chef-d'œuvre » qui est maintenant, en Italie, exigé du candidat qui veut obtenir le *dignus intrare* dans le cénacle des dermato-vénéréologistes. On s'est, en effet, aperçu en Italie (quand s'en apercevra-t-on en France ?) que, de nos jours, le titre de « Docteur en médecine », sans plus, est absurde et dénué de sens si on ne spécifie pas dans quelle branche des sciences médicales on est docte, l'universalité ne pouvant être réalisée que par un surhomme, c'est-à-dire par un mythe. Il y a bien eu, au temps de la Renaissance, des hommes universels, capables de disserter *de omni re scibili* et même *quibusdam aliis*, mais, de ce temps-là, le domaine de la science était beaucoup moins étendu qu'aujourd'hui et surtout les techniques beaucoup moins compliquées. En Italie, pour prétendre au titre de spécialiste, il faut désormais justifier d'un diplôme universitaire spécial.

Le travail de B., s'il n'est pas un chef-d'œuvre au sens actuel du mot, est cependant une œuvre estimable, dont on peut louer l'exposé clair et précis, complet et méthodique, qui permet de « repasser » en deux ou trois heures de lecture, la question de la réinfection et de la superinfection. Nous n'insisterons pas sur ce sujet plutôt rebattu.

Le travail se termine par l'exposé de trois cas de réinfection possible relevés dans les fiches de la Clinique dermo-syphilopathique de Pavie, et encore inédits.

Premier cas : première infection en 1911 ; deuxième 15 ans plus tard. La première avait été traitée et les examens sérologiques étaient demeurés

depuis négatifs. Dans ce cas, il semble bien qu'on ait affaire à une véritable réinfection.

Deuxième cas : première infection en 1911, suivie de roséole ; seconde infection deux ans plus tard, également suivie de roséole. Dans ce cas, on peut discuter s'il s'agit d'une réinfection ou d'une superinfection, à cause du bref intervalle de temps et aussi parce que la réaction de Bordet-Wassermann était restée légèrement positive deux mois après le traitement de la première infection.

Troisième cas : discutable ; il peut s'agir, soit d'une réinfection, soit d'une superinfection, soit d'une récidive. BELGODERE.

Sur un cas d'étranges tumeurs cutanées chez une tuberculeuse, par Emanuele FREUND. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 10, octobre 1930, p. 617, 9 fig. Bibliographie.

Le cas qui fait l'objet de ce travail est, dit l'auteur, unique dans la littérature, et il présente des difficultés de diagnostic telles que des dermatologistes éminents entre tous dont il a demandé l'avis, n'ont pas pu se prononcer.

Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, atteinte de tuberculose pulmonaire, sur laquelle sont apparues d'étranges tumeurs cutanées. La première apparition de ces tumeurs remonte à quatre ans : deux petits nodules de la paupière inférieure droite, qui furent extirpés et récidivèrent. Par la suite, des infiltrations semblables se développèrent sur plusieurs points du corps, au nombre d'une dizaine. A part la lésion tuberculeuse d'un des sommets, l'examen clinique montrait l'intégrité de tous les organes. Toutes les réactions cliniques et de laboratoire furent négatives (Bordet-Wassermann, luétine, trichophytine, tuberculine humaine, mais le Pirquet fut positif avec la tuberculine bovine). Il y avait aussi dans le sang une forte éosinophilie de 22 0/0, mais rien d'autre d'anormal.

Les caractères objectifs des tumeurs cutanées étaient les suivants : à la paupière inférieure droite, infiltrations de couleur livide et de consistance très dure. Les autres tumeurs, de la dimension d'une pièce de 20 lires environ, se trouvaient réparties sur différentes régions du tronc et des extrémités. Elles avaient un siège intradermique, la couleur de la peau, une forme aplatie, et elles étaient très dures et indolores. On essaya, à titre de traitement d'épreuve, un traitement antiluétique par injections intraveineuses d'arsénobenzol : le résultat fut à peu près nul. Par contre, le traitement radiothérapique par des applications répétées de rayons Rœntgen, amena peu à peu la disparition complète des tumeurs dont il ne persista que quelques traces insignifiantes.

Les constatations histologiques ont été importantes : il y avait de l'hyperkératose avec disparition presque totale des poils et des glandes sébacées, alors que les sudoripares étaient bien conservées. Le corps papillaire était le siège d'une infiltration dense. Au-dessous de la couche

réticulaire, qui était libre d'infiltration, s'étendaient des masses imposantes d'une infiltration extrêmement dure, qui atteignait la couche sous-cutanée et qui était formée de lymphocytes, de très nombreuses cellules éosinophiles, de cellules épithélioïdes, de cellules plasmatiques et de mastzellen, de fibroblastes, de quelques polynucléaires, de rares chromatophores, mais surtout de cellules géantes, contenant un nombre variable de noyaux grands, ovales et ronds. *Il n'y avait pas de cellules de Sternberg.* Les vaisseaux sanguins présentaient des proliférations de l'intima, de la dégénérescence hyaline et des thromboses ; le tissu conjonctif était en proie à la dégénérescence hyaline, mais il n'y avait pas de prolifération nette, ni de faits de nécrose.

Comme on le voit, les caractères clinico-morphologiques ne permettaient guère un diagnostic ferme. Au point de vue histologique, on pouvait penser à une lymphogranulomatose, mais l'absence des cellules de Sternberg et de lésions nécrotiques va à l'encontre de ce diagnostic. Le *mycosis fongoïde* était aussi un diagnostic qui pouvait se soutenir, mais contre lequel on peut opposer aussi de solides arguments, ne serait-ce que l'évolution. Aussi l'auteur, de même que les dermatologistes qu'il a consultés parmi lesquels P. Unna et Sternberg lui-même, renonce-t-il à faire un diagnostic, sur lequel la lumière sera peut-être apportée par l'évolution ultérieure. BELGODERE.

Sur la valeur diagnostique de la réaction au benjoin colloïdal appliquée au sérum sanguin, dans la syphilis, selon la méthode de Starobinsky, par Carlo PISACANE. *Il Dermosifiligrafo*, 5e année, no 10, octobre 1930, p. 635.

L'auteur rappelle le principe de la réaction de Starobinsky, qui consiste à appliquer à l'examen du sang la réaction du benjoin colloïdal, que Guillain, Laroche et Léchelle ont découverte pour l'examen du liquide céphalo-rachidien ; mais dans la réaction de Starobinsky, on met en contact avec le sérum, en outre du benjoin, un antigène formé de cœur de cheval. En somme, comme le fait observer P., cette réaction de Starobinsky ressemble beaucoup à la M. T. R., au lieu de baume de tolu, on se sert de benjoin.

Les recherches de contrôle faites par différents auteurs, tout en étant favorables à la réaction de Starobinsky, ont été cependant un peu discordantes. Aussi, P. a-t-il voulu entreprendre une nouvelle série d'expériences qui a porté sur 150 sujets, dont 100 luétiques et 50 non luétiques, d'après les renseignements cliniques. Il les a soumis tous à la fois, au contrôle de la réaction de Bordet-Wassermann, de la M. T. R. et de la réaction de Starobinsky. Voici ses résultats :

Syphilis primaire : 5 cas, tous positifs par les 3 réactions.

Syphilis secondaire récente avec manifestations : 20 cas dont 19 positifs avec les trois réactions et 1 négatif avec la réaction de Starobinsky, qui était positif avec les deux autres.

Syphilis tardive avec manifestations : 14 cas, dont 12 concordances

positives et 2 discordances : réaction de Starobinsky négative, les deux autres positives.

Syphilis latente : 50 cas, dont 40 concordances, soit 24 concordances positives, et 16 négatives. 10 discordances, dont 3 avec réaction de Bordet-Wasserman et M. T. R. positives et réaction de Starobinsky négative ; 1 avec réaction de Bordet-Wassermann positive, M. T. R. et réaction de Starobinsky négatives ; 4 avec réaction de Bordet-Wassermann et réaction de Starobinsky négatives, et M. T. R. positive ; 2 avec réaction de Bordet-Wassermann, M. T. R. et réaction de Starobinsky positives.

Syphilis congénitale : 11 cas, dont 9 concordances positives, et 2 discordances : réaction de Bordet-Wassermann et M. T. R. positives, réaction de Starobinsky négative.

Non luétiques : concordance négative des trois réactions pour les 50 cas examinés.

En résumé, la réaction de Starobinsky donne 85 o/o de concordances avec la réaction de Bordet-Wassermann, tandis que la M. T. R. donne 93 o/o ; elle ne donne pas de réactions aspécifiques, mais elle est moins sensible que la M. T. R. C'est une réaction intéressante, mais elle ne peut pas être substituée à la réaction de Bordet-Wassermann. Elle ne mérite même pas d'être substituée à la M. T. R. comme moyen de contrôle. BELGODERE.

Sur l'étio-pathogénie du purpura annulaire télangiectode de Majocchi et sur une de ses localisations singulières, par Ugo CAVALLUCCI. *Il Dermosifiligrafo,* 5e année, n° 10, octobre 1930, p. 641, 5 fig. Bibliographie.

Si le purpura annulaire télangiectode, bien que maladie rare, est aujourd'hui une maladie bien connue au point de vue anatomo-pathologique, on ne peut en dire autant de son étiopathogénie. Parmi les différentes hypothèses qui ont été proposées à cet égard, l'étiologie tuberculeuse, énoncée pour la première fois en 1908 par Balzer et Galup, est une de celles qui ont rallié le plus de partisans et Majocchi lui-même semblait l'avoir adoptée. Nous avons analysé ici-même en son temps un des derniers travaux du regretté professeur : *Le purpura annulaire télangiectode est-il une tuberculide ?* publié en 1928.

L'auteur rapporte un nouveau cas qui est intéressant, non seulement au point de vue étiopathogénique, en ce qu'il vient renforcer la théorie tuberculeuse, mais aussi parce que les lésions présentaient une localisation vraiment insolite : elles siégeaient au visage et non aux membres ainsi qu'il est habituel.

Ces lésions s'étaient développées chez une jeune fille de 24 ans, qui présentait deux taches typiques de purpura annulaire télangiectode aux joues, l'une apparue depuis trois ans, l'autre depuis quelques mois.

Il y avait des antécédents héréditaires et collatéraux de tuberculose surtout pulmonaire, et des antécédents personnels qu'affirmaient de nombreuses cicatrices : à l'annulaire gauche, où il y avait même une perte de substance osseuse due à un *spina ventosa* ; au cou et aux divers

points du tronc et des membres, à la suite d'adénites et d'abcès tuberculeux, datant de l'enfance.

Pour ces raisons tirées des antécédents, et en raison des constatations radiologiques du thorax, à cause du résultat positif très accentué de la cuti et de l'intradermo-réaction tuberculiniques, qui déterminèrent même d'intenses réactions locales et générales ; à cause du résultat probant du séro-diagnostic de fixation suivant la technique de Besredka et de la séro-agglutination tuberculeuse, l'auteur, se basant aussi sur les caractères anatomo-pathologiques des lésions et sur les observations rapportées antérieurement par d'autres auteurs, est porté à admettre que le purpura annulaire télangiectode se développe surtout sur un terrain tuberculeux. Quant à dire si cette dermatose doit être nettement classée parmi les tuberculides, c'est une question qui ne peut pas encore être tranchée actuellement, mais sur laquelle des recherches ultérieures feront sans doute la lumière. BELGODERE.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude des dermatoses actiniques congénitales (Contribucion al estudio de las dermatosis actinicas congenitas), par José S. COVISA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 8, mai 1930, p 589, 14 fig.

Dans l'hydroa vacciniforme de Bazin et dans le *xeroderma pigmentosum* de Kaposi interviennent les mêmes facteurs pathogéniques (nocivité des rayons actiniques, existence d'un facteur congénital et action toxique probable de substances photo-dynamiques). Dans l'une et dans l'autre on note la présence d'une hémato-porphyrine.

Cependant les deux maladies diffèrent totalement par leur symptomatologie, par leur évolution clinique et par leur pronostic. Dans le *xeroderma*, la lumière détermine des pigmentations, des télangiectasies, de l'hyperkératose et des tumeurs épithéliomateuses. Dans l'hydroa vacciniforme, elle ne donne lieu qu'à des lésions bulleuses suivies de cicatrices résiduelles.

La prédisposition congénitale qui existe dans les deux maladies paraît distincte pour chacune d'elles, puisque les mêmes facteurs produisent des effets aussi variés. Dans le *xeroderma* ils servent de point de départ à une action surtout néoformative ; dans l'hydroa, leur effet est nécrotique et exsudatif.

On doit mettre en évidence le fait que le *xeroderma pigmentosum* réunit dans son tableau clinique, véritablement curieux, toutes les modalités de lésions précancéreuses, spontanées et artificielles. Il constitue par suite un excellent modèle pour l'étude de ces lésions et permet de suivre leur évolution jusqu'au développement des tumeurs malignes.

J. MARGAROT.

La réaction de Müller (M. B. R. II) dans le sérodiagnostic de la syphilis. (La reaccion de Muller (M. B. R. II) en el serodiagnostico de la sifilis), par

M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, nº 8, mai 1930, p. 607.

Bien que son expérience soit encore limitée, l'auteur a l'impression que la réaction de Muller est d'une grande valeur.

Chez tous les malades, l'accord a été absolu entre elle et la clinique. Aucun cas de positivité non spécifique n'a été encore observé. Un de ses grands avantages est la grande objectivité de sa lecture (point faible de quelques-unes des méthodes de floculation). J. Margarot.

Un cas de mélanose de Riehl (Un caso de melanosis de Riehl), par A. Navarro Martin et C. Aguilera. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 22e année, nº 8, mai 1930, p. 617.

A. N. M. et C. A. ont observé chez une femme de 34 ans une mélanodermie ayant tous les caractères cliniques et histologiques de la mélanose de Riehl, affection extrêmement rare en Espagne. Dans ce cas, tout facteur alimentaire doit être écarté, ainsi que toute irritation chimique. Il existe par contre un syndrome évident d'hypo-adrénalinémie, se traduisant par de l'asthénie, de l'hypotension artérielle et de l'hypoglycémie ainsi que de l'insuffisance ovarienne (aménorrhée).

J. Margarot.

Chéloïdes. Leur traitement (Queloides y su tratamiento), par R. Hombria y Soto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, nº 8, mai 1930, p. 637.

Dans sa pratique, l'auteur limite à trois le nombre des agents thérapeutiques : l'électro-coagulation, les rayons X et le radium. Il les emploie séparément ou combine leur action en associant l'électro-coagulation soit au radium, soit aux rayons X. J. Margarot.

Sur le traitement de quelques dermatoses par l'extrait de rate désalbuminé. Note préliminaire (Sobre el tratamiento de algunas dermatosis por el extracto de Bazo desalbuminizado. Nota previa), par Barrio de Madina et J. Valesco Rodriguez. *Actas Dermato-Sifiliograficas*, 22e année, nº 8, mai 1930, p. 653.

L'extrait de rate de porc désalbuminé a une action très nette sur l'urticaire et sur l'œdème aigu de Quincke, ainsi que sur quelques variétés d'eczémas.

La tolérance est parfaite, malgré quelques légers troubles.

Les doses doivent être élevées : l'auteur commence par 5 à 6 centimètres cubes et augmente de 2 centimètres cubes à chaque injection, jusqu'à 14 ou 16 centimètres cubes. Il est préférable d'utiliser la voie endoveineuse. J. Margarot.

La pelade est-elle contagieuse ? Observation de quatre cas simultanés dans une famille (Es contagiosa la pelada ? Observacion de cuatro casos silmultaneos en una familia), par A. Navarro Martin. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, nº 8, mai 1930, p. 660.

Sur cinq frères, quatre sont atteints à peu près simultanément de

pelade. Quelques indices sont en faveur de la possibilité d'une syphilis familiale.

On ne saurait admettre une simple coïncidence et on hésite à rejeter l'idée de contagion. On ne doit pas cependant écarter l'hypothèse d'une origine toxique chez des sujets soumis au même régime alimentaire et présentant la même tare possible d'une syphilis héréditaire.

J. MARGAROT.

Contribution à l'étude de la « Ballung's Reaktion de Muller ». Technique simplifiée pour le sérodiagnostic de la syphilis (Contribution al estudio de la reaccion balon de Muller (Tecnica simplificado) para el serodiagnostico de la sifilis), par José PIELTAIN MANSO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 8, mai 1930, p. 662.

Important travail permettant à l'auteur de conclure que la dernière modification de la technique de Muller, simplifiée, paraît constituer la réaction la plus sensible.

Sur 417 cas de syphilis, il trouve une proportion de 15,58 o/o de réactions positives de plus qu'avec la réaction d'éclaircissement de Meinicke, la plus sensible après elle.

C'est surtout dans les cas de syphilis latente que se manifeste la grande supériorité de la réaction de Muller : sur 294 sérums de sujets atteints de syphilis latente, il trouve 28 réactions positives à une croix (+) et 13 à 2 croix (+ +) alors que les autres réactions se montrent négatives.

L'étude de 235 cas se rapportant à des malades non syphilitiques établit que la réaction de Muller est la plus spécifique. Une seule fois on trouve un résultat faiblement positif marqué par une seule croix. Le même sérum donne la même réaction positive avec le Kahn. Par contre, on a 26 cas de réactions faussement positives avec le Wassermann.

J. MARGAROT.

Revista medica Gallega (Santiago de Galicie).

Urticaire pigmentaire, œdème aigu de Quincke et névrodermite coexistants et guéris par l'opothérapie thyro ovarienne (Note clinique) (Urticaria pigmentosa, edema agudo de Quinke y neurodermitis coexistentes y curadas con opoterapie tiroovarica (Nota clinica), par E. A. SAINZ DE AJA. *Revista medica Gallega*, 10e année, no 6, juillet 1930, p. 161.

Une femme de 26 ans présente depuis cinq ans une urticaire pigmentaire, un œdème aigu de Quincke et une névrodermite du cou. Elle est obèse, sujette à de fréquentes migraines et offre des signes évidents d'insuffisance thyroïdienne et génitale. Une opothérapie en rapport avec ces troubles amène la disparition des manifestations cutanées.

J. MARGAROT.

La malariathérapie dans les processus non syphilitiques (La paludizacion en procesos no sifiliticos), par E. A. SAINZ DE AJA. *Revista medica Gallega*, 10e année, no 6, juillet 1930, p. 162.

L'inoculation du paludisme a été faite à des malades atteints de fausse paralysie générale alcoolique, de rhinosclérome, de leishmaniose ou de parapsoriasis.

Il s'agissait dans tous ces cas de processus étendus, très rebelles, récidivants.

Aucun incident fâcheux ne s'est produit. Les résultats ont été nuls dans la pseudo-paralysie générale alcoolique et dans le parapsoriasis. Dans le rhinosclérome et dans la leishmaniose, on a noté une atténuation très nette de la maladie. J. Margarot.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia (La Havane).

Une crise nitritoïde mortelle. Cas clinique (Una crisis nitritoide mortal. Caso clinico), par J. G. Triana et R. Cespedes. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. II, nº 1, septembre 1930, p. 1.

Un homme de 21 ans, d'apparence robuste, ayant eu cinq mois auparavant un chancre syphilitique, traité par du néosalvarsan et du mercure, accuse une céphalalgie intermittente. La réaction de Wassermann est fortement positive.

La reprise du traitement s'effectue sans incidents. Le sujet reçoit deux injections de néosalvarsan et deux injections de bi-iodure de mercure sans présenter le moindre malaise.

La troisième injection arsenicale, faite à la dose de 0 gr. 45, déclenche une crise nitritoïde très violente. Rapidement la congestion s'étend à la surface entière de la peau qui devient rouge sombre ; les pupilles sont très dilatées ; la respiration s'accélère ; le pouls, d'abord filiforme, est bientôt imperceptible ; des convulsions se produisent. La mort survient après une dizaine de minutes malgré des injections sous-cutanées d'adrénaline, d'huile camphrée et malgré une injection intracardiaque d'ouabaïne.

Les crises de ce genre sont exceptionnelles. Leur pathogénie est complexe et ne peut être déterminée d'une façon précise. Un rôle important paraît cependant dévolu à une instabilité momentanée des colloïdes.

De semblables accidents constituent de véritables surprises que l'on ne peut ni prévoir, ni empêcher. J. Margarot.

Pityriasis rubra pilaire. Relation de quatre cas traités avec succès par l'extrait thyroïdien. Lésions d'atrophie musculaire dans deux cas (Pitiriasis rubra pilaris. Relacion de cuatro casos tratados con exito por el extracto tiroideo. Lesiones de atrofia muscular en dos casos), par V. Pardo Castello et Gerardo Caracena. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia*, vol. II, nº 1, septembre 1930, p. 5, 2 fig.

Deux points sont à retenir :

1° L'heureux effet du traitement thyroïdien dans quatre cas de pityriasis rubra pilaire. L'un d'eux a pu être suivi pendant six ans. De

légères récidives se sont produites. Toutes ont été rapidement jugulées par la même médication.

2° L'existence de lésions musculaires chez deux de ces malades. Dans un cas, la force musculaire est très diminuée ; dans l'autre on note une atrophie atteignant les ceintures abdominale et thoracique, les muscles des bras, les fessiers, les muscles des cuisses et rappelant les myopathies infantiles de même siège. L'un et l'autre ont été améliorés par le traitement thyroïdien. La force musculaire est revenue.

J. Margarot.

Altérations du liquide céphalo-rachidien chez des syphilitiques qui, traités précocement, n'ont pas présenté de manifestations secondaires (Alteraciones del liquido cefalo raquideo en sifiliticos que tratados precozmente no tuvieros manifestaciones secundarias), par Roberto Quero. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia*, vol. II, n° 1, septembre 1930, p. 13.

15 malades atteints de syphilis ancienne, traités à la période initiale de la maladie, avant l'apparition des manifestations secondaires, présentent des modifications du liquide céphalo-rachidien et, parfois, des troubles nerveux.

Ces faits semblent autoriser les conclusions suivantes :

Il existe une réaction méningée indépendante des manifestations secondaires. Elle peut s'établir aux périodes initiales de l'infection ou à une époque plus tardive. Des symptômes d'ordre neurologique peuvent l'accompagner mais on ne trouve le plus souvent, qu'une réaction méningée (période biologique des méningites syphilitiques, suivant l'expression de Ravaut).

Le traitement spécifique, même intense, n'est pas capable de modifier, et moins encore, d'éviter cette altération quand elle se constitue, comme le démontre son apparition dans 15 cas sur un total de 42 syphilitiques anciens.

Les réactions de Wassermann et de Hecht ne sont pas constantes. On note une discordance entre les manifestations cliniques, sérologiques et hématiques.

J. Margarot.

Acta Dermatologica (Tokyo).

Etude sur l'immunité dans les spirochétoses (1re communication). L'immunité locale dans la syphilis (Immunitatsforchung der Spirochætenkrankheiten (1 Mitteilung). Lokale Immunität bei der Syphilis), par S. Yoshida. *Acta Dermatologica*, vol. XVI, fasc. 2, août 1930, p. 193.

Étude sur l'immunité locale chez le lapin après réinfection par le tréponème. Des lapins furent traités par le salvarsan (3 injections de Saviolnatrium à 0,03 par kilogramme de poids) après l'infection syphilitique du testicule droit et après l'apparition du chancre. A peu près un mois après le traitement, l'auteur réinocula la même quantité de tré-

ponèmes de différentes souches et selon la même méthode, dans les testicules des deux côtés.

La réinoculation du lapin traité tardivement après la première infection fut négative parce qu'il s'était développé une immunité très grande vis-à-vis de la syphilis, et la réaction inflammatoire fut beaucoup moins intense du côté droit, siège du chancre de la première inoculation.

La réinfection fut positive chez le lapin traité relativement tôt après la première infection, car l'immunité fut encore faible, mais ici aussi le chancre du côté droit, siège de la première inoculation, fut plus petit que celui du côté gauche : il existait donc une immunité locale. De plus, le temps d'incubation fut plus long pour le chancre du côté droit.

Tous ces faits démontrent qu'il se développe une immunité locale avant l'immunité générale. OLGA ELIASCHEFF.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

L'emploi de l'extrait cérébral comme antigène pour la réaction de Bordet-Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien, par JEANNE ROMAN. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, n° 3, 1930, p. 392.

R. a pratiqué des réactions de Bordet-Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien avec des extraits d'écorce cérébrale. Le meilleur des antigènes obtenus a été préparé de la manière suivante : à l'écorce cérébrale fraîche desséchée on a ajouté de l'alcool à 96° dans la proportion de 1 pour 9 et l'on a laissé ce mélange pendant 6 jours à la température du laboratoire en le secouant fréquemment. Puis, on a fait une seconde dilution avec de l'alcool dans la proportion de 1 p. 38. Au moment de pratiquer la réaction, on ajoutait une solution alcoolique de cholestérine à 1 o/o dans la proportion de 1 centimètre cube p. 100.

Le Bordet-Wassermann, avec l'extrait cérébral comme antigène, a été pratiqué parallèlement avec le Bordet-Wassermann ordinaire (antigène de cœur) sur 120 liquides céphalo-rachidiens, 104 résultats furent concordants ; les 16 résultats discordants se composaient de 11 réactions positives et 4 faiblement positives avec l'antigène cérébral alors qu'elles étaient négatives avec l'antigène ordinaire. Dans tous ces cas la syphilis était certaine, le Bordet-Wassermann du sang était généralement positif, le liquide céphalo-rachidien présentait des modifications cytologiques plus ou moins importantes. Dans un seul cas le nouvel antigène a donné une réaction négative alors que l'ancien donnait une réaction positive.

R. admet que l'antigène obtenu avec l'écorce cérébrale est plus sensible dans l'examen du liquide céphalo-rachidien que l'antigène ordinaire et que sa spécificité est absolue. S. FERNET.

La conception du traitement préventif de la syphilis par le bismuth, par SONNENBERG. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXV, n° 3, 1930, p. 400.

S. a exposé dans un travail antérieur les résultats de ses expériences sur les prostituées à qui il injectait, à titre préventif, du bismuth tous les 8 jours pendant plus d'un an. Maintenues dans un état constant d'imprégnation bismuthique, ces prostituées, observées pendant 18 mois, n'ont pas contracté la syphilis (sauf de très rares exceptions) tandis que d'autres, observées parallèlement et non soumises au traitement bismuthique, ont été contaminées dans une large proportion.

S. concluait alors à l'action préventive certaine du bismuth à condition que l'imprégnation de l'organisme fut constante et suffisante, ce qui est facile à réaliser avec un produit dont l'élimination est éminemment lente.

Mais d'autres expérimentateurs (Kolle) ont formulé des objections : le bismuth n'aurait pas d'action tréponémicide, mais uniquement une action inhibitrice sur le développement et la multiplication des tréponèmes. On aurait observé sur des lapins soumis à l'action du bismuth, des chancres retardés, n'apparaissant qu'au moment où le bismuth était supprimé, ou des syphilis sans chancre à début ganglionnaire d'emblée, ou même des syphilis asymptomatiques (« tréponémoses inapparentes ») dont l'existence n'a été révélée que par des réinoculations à des animaux sains.

Des infections atténuées de ce genre se sont-elles peut-être produites chez les prostituées observées par S. ? Afin d'élucider cette question, elles furent hospitalisées pour éviter des contaminations postérieures à la période d'expérimentation et les injections bismuthiques furent interrompues. Aucun chancre n'apparut chez elles et les réactions de Bordet-Wassermann restèrent négatives. Seule l'hypothèse d'une infection silencieuse, d'une infection à virus infra-sensible, ne put être étudiée, car il était impossible pratiquement de tenter des réinoculations.

S. entreprit alors de 1927 à 1930 les mêmes expériences sur 160 autres prostituées, profitant de ce que le décret d'abolition de la réglementation de la prostitution n'était pas encore entré en vigueur en Pologne. Cette seconde série lui permit de faire les mêmes constatations que précédemment : les prostituées soumises à des injections hebdomadaires de bismuth ne sont pas contaminées par la syphilis. Elles se présentaient du reste plus nombreuses au traitement, se rendant compte elles-mêmes de son efficacité par comparaison avec leurs camarades non traitées. Quelques exceptions furent, cependant, notées dans cette série comme dans la précédente. Or, ces rares contaminations se sont produites dès les premières semaines du traitement préventif (3e ou 4e) ou 3 ou 4 semaines après sa cessation. L'explication de ces faits se trouve dans le mode d'absorption du bismuth. Son élimination étant très lente, la quantité absorbée n'atteint son maximum que lorsque de nombreux foyers se résorbent simultanément. La résorption de deux ou trois dépôts musculaires de bismuth n'est pas suffisante pour atteindre « le potentiel métallique tissulaire », suivant l'expression de Levaditi, qui est nécessaire

pour l'action préventive. C'est lorsque les dépôts de 8 injections hebdomadaires se résorbent simultanément que ce potentiel est atteint et que l'action préventive est suffisante. L'action préventive du bismuth est donc fonction de la dose du métal absorbé, autrement dit du degré d'imprégnation bismuthique de l'organisme.

S. Fernet.

Sur le lupus-sarcome, par Racinowski. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXV, nº 3, 1930, p. 413.

En raison de leur rareté, R. cite deux observations de sarcomes fuso-cellulaires développés sur des lupus vulgaires. Cliniquement, ces tumeurs sont caractérisées par leur apparition chez des sujets relativement jeunes, mais sur des lupus anciens, datant de 20 ou 30 ans ; par leur tendance marquée à récidiver *in situ*, après ablation chirurgicale et à donner de multiples métastases viscérales.

S. Fernet.

La photosensibilisation par les dérivés de l'acridine dans le traitement du psoriasis, par Ostrowski. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XXV, nº 3, 1930, p. 427.

65 cas de psoriasis ont été traités par des injections intraveineuses de trypaflavine ou de gonacrine et des rayons ultra-violets. Les malades recevaient tous les deux jours une injection de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution aqueuse à 1/2-1 o/o de trypaflavine ou de gonacrine. Des rayons ultra-violets étaient appliqués tous les jours pendant environ 10 à 15 minutes sur chaque côté du corps.

Sur 65 malades, il y eut 45 guérisons et 20 améliorations plus ou moins marquées ; la proportion des guérisons serait vraisemblablement plus élevée si certains malades, se voyant améliorés, n'avaient pas abandonné le traitement trop rapidement. Dans beaucoup de cas 7 à 10 injections ont suffi ; dans d'autres, il en fallut 10 à 15. Sur 70 cas traités, il se produisit deux érythèmes intenses du type du coup de soleil acridinique et 3 érythèmes d'intensité moyenne.

S. Fernet.

De l'influence de la température sur le développement des champignons pathogènes des poils, par Szulmeister. *Przeglad Dermatologiczny*, vol. XOV, nº 3, 1930, p. 442.

S. a comparé le développement et l'aspect des cultures de quelques champignons pathogènes communs sous l'influence de températures variées. Des tubes ensemencés avec le *Trichophyton violaceum*, le *T. plicatile* et l'*Achorion Schönleini* ont été placés dans des températures de 26°, 37° et 17° C. D'autres tubes ensemencés avec les mêmes champignons ont été placés alternativement toutes les 24 heures dans des températures différentes en réalisant diverses combinaisons : alternativement 26° et 37°, 26° et 17°, 37° et 17°, 26°-37° et 17°. Ces expériences ont montré que la température optima pour le développement

de ces champignons est de 26°. A la température de 17°, les cultures poussent plus lentement et n'atteignent jamais le même développement. La température de 37° a été la plus défavorable. L'*Achorion Schönleini* s'est montré le plus sensible à l'influence de la température : la majorité des cultures maintenues à 37° et à 17° n'ont pas poussé. Tous les champignons étudiés ont montré une certaine aptitude à s'adapter aux températures défavorables : après repiquage, leur développement a été plus rapide dans les mêmes conditions. S. FERNET.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

La réaction et la composition de la sueur de la peau saine et malade, par B. N. TONIAN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 562-577.

C'est depuis 1924 que l'auteur s'occupe de l'analyse chimique de la sueur cutanée qu'il a étudiée chez 22 sujets sains et 182 atteints de dermatoses variées, donc en tout dans 204 cas. Les multiples recherches de l'auteur, ainsi que les données bibliographiques, lui permettent de formuler les conclusions suivantes : la sueur obtenue de la peau saine dans un bain d'air sec possède une réaction faiblement acide avec *p*H variant de 6,7 à 6,8. Dans une série d'affections cutanées, telles que le psoriasis, le prurit cutané, le *lichen ruber* plan, le lupus et la séborrhée, la sueur est plus acide que normalement, avec *p*H allant de 6,2 à 6,6. Ce sont les cas de séborrhée qui présentent l'acidité de la sueur la plus élevée, avec *p*H égale à 6,2. La réaction alcaline de la sueur a été constatée seulement dans l'eczéma, avec *p*H = 7,3. La réaction de la sueur peut dépendre de la sécrétion des glandes sébacées surajoutée, mais cette circonstance ne peut en elle-même être responsable de la réaction de la sueur. Il faut admettre que la réaction variable de la sueur dépend de l'espèce des glandes sudoripares (apocrine et écrine). Les glandes apocrines, volumineuses et situées aux aisselles, aux organes génitaux et aux mamelons, produisent une sueur alcaline, avec poids spécifique et teneur en chlorures élevés. Les glandes écrines, petites et disséminées sur tout le corps, sécrètent une sueur acide, avec poids spécifique et teneur en chlorure abaissés.

Les sujets sains, se trouvant durant 30 minutes dans un bain d'air sec à 70-75° C. sécrètent en moyenne 60 grammes de sueur. Une quantité augmentée de sueur s'observe dans la syphilis en cours de traitement, le psoriasis, le prurit cutané, etc. La quantité de sueur est diminuée dans l'ichtyose, la dermatite exfoliatrice, la lèpre, le *lichen ruber* de Hébra. Il faut admettre que la quantité de sueur dépend des centres pathologiquement modifiés des nerfs sécréteurs, mais non des maladies des glandes sudoripares elles-mêmes. L'état des réflexes vaso-moteurs de la peau et du système nerveux végétatif influe aussi sur la quantité de la sueur : la sueur est diminuée dans le dermographisme blanc, la

sympathicotonie et l'hypotonie, elle est augmentée dans le dermographisme rouge et la vagotonie.

Le poids spécifique de la sueur provenant d'une peau saine est en moyenne égal à 1.004, la quantité des substances denses est égale à 0,93 o/o. Le poids spécifique le plus élevé s'observe dans le prurit cutané et le pemphigus, il est abaissé dans l'ichtyose et la maladie de Dühring. Le poids spécifique varie selon le stade et le tableau clinique de l'affection, en augmentant lors d'une exacerbation de certaines dermatoses.

La concentration du chlorure de sodium dans la sueur dépend de la méthode de recueillement : selon les données bibliographiques, elle est plus élevée dans le bain de lumière et après la pilocarpine et plus petite dans le bain d'air sec et de vapeur. Chez les individus sains, la concentration du chlorure de sodium dans la sueur est égale en moyenne à 0,38 o/o. Avec une sécrétion sudorale abondante, cette concentration diminue. La concentration des chlorures dans la sueur se trouve augmentée dans le prurit cutané, surtout dans sa forme généralisée, le pemphigus exfoliatif, le *lichen ruber* plan, l'eczéma aigu, le psoriasis au stade progressif et la dermatite exfoliatrice. Cette concentration des chlorures est abaissée dans le psoriasis au stade régressif, le lupus vulgaire, la séborrhée, l'ichtyose, l'eczéma séborrhéique et la dermatite de Dühring. La quantité des chlorures dans la sueur dépend de l'intensité de la transpiration : plus il y a de sueur, plus il y a de chlorures. La teneur du chlorure de sodium dans la sueur est toujours inférieure à celle du sérum sanguin. Les modifications de la concentration des chlorures dans le sang entraînent des modifications correspondantes de la concentration dans la sueur. Dans certaines dermatoses, une concentration élevée des chlorures dans la sueur correspond à une acidité plus élevée de ce liquide. Dans la peau saine, la quantité d'urée dans la sueur est de 0,05-0,06 o/o. Cette quantité est augmentée dans le prurit cutané, la sclérodermie, le lupus vulgaire, la lèpre et le pemphigus exfoliatif. La teneur de la sueur en urée est diminuée dans l'eczéma aigu et la dermatite exfoliatrice chez les adultes. Les données bibliographiques montrent une dépendance étroite entre l'azote résiduel du sang et l'urée de la sueur.

Chez les sujets sains, l'acide urique de la sueur s'exprime par des chiffres allant de 0,002 à 0,0035 o/o. L'acide urique de la sueur est augmenté dans la goutte, le *lichen ruber* plan de Hébra, le *lichen ruber* acuminé, le lupus vulgaire, le prurit cutané et la séborrhée. Il est diminué dans l'ichtyose, la sclérodermie et la syphilis en cours de traitement. Dans les affections cutanées accompagnées d'hyperuricémie, la quantité d'acide urique est augmentée dans la sueur.

La présence du glucose dans la sueur est prouvée tant par les recherches personnelles de l'auteur que les données de la littérature. La concentration du sucre dans la sueur est toujours inférieure à celle du sang. Dans les affections cutanées accompagnées d'hyperglycémie, l'on observe une élévation de la quantité de sucre dans la sueur.

Dans la peau saine, la concentration du potassium et du calcium est considérablement plus grande que dans le sang. Dans l'eczéma, la teneur en potassium et en calcium est diminuée dans la sueur.

La quantité de soufre dans la sueur dépasse celle du sang. Dans les maladies de la peau, on trouve dans la sueur une assez grande quantité de soufre inorganique.

La sueur contient aussi de la créatinine et de l'anhydride phosphorique qui sont ses parties composantes, mais leurs concentrations ne peuvent être établies que par les analyses microchimiques.

BERMANN.

Pyodermite chronique serpigineuse, par M. M. KOUSNETZ. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 579-593.

Après avoir passé en revue la question de l'infection pyogène de la peau, l'auteur décrit 2 cas personnels de cette affection cutanée.

Dans le premier cas, il s'agit d'une paysanne de 24 ans, fille, n'ayant rien de particulier dans ses antécédents héréditaires. On note dans son passé la rougeole, la scarlatine, la grippe, les typhus abdominal et récurrent. Sa maladie cutanée a débuté il y a 6 mois et a été précédée, il y a 3 ans, de fortes douleurs aux jambes. Son affection cutanée siège aux deux jambes et se traduit par des ulcérations anciennes et récentes formant une surface enflammée et granuleuse. Le volume des ulcères atteint celui d'une noisette, leurs bords sont infiltrés, surélevés, entourés d'un rebord livide. Le fond des ulcères atteint le tissu cellulaire sous-cutané et est recouvert de pus gris-jaune abondant. A la surface ulcérée à granulations s'ouvrent de nombreuses fistules qui laissent échapper du pus à la pression. Autour de ces lésions, la peau est enflammée et montre des abcès récents d'une dimension allant d'un pois à une noisette, et non encore ouverts.

Bordet-Wassermann négatif, Pirquet faiblement positif. Les os des jambes ne présentent rien de particulier aux rayons X. Les frottis du pus contiennent des cocci prenant et ne prenant pas le Gram. L'ensemencement sur milieu de Sabouraud a fourni une culture pure d'un bacille Gram-négatif. L'agglutination avec le sérum du malade se fait aux dilutions de 1 : 25, 1 : 50 et 1 : 100. L'inoculation intrapéritonéale du bacille au cobaye n'a donné aucun résultat.

La biopsie d'un ulcère d'âge moyen montre un riche tissu cicatriciel et des bourgeonnements épithéliaux envahissant le tissu conjonctif. Les extravasations microscopiques sont nombreuses. Les petits vaisseaux sont sclérosés et infiltrés de leucocytes. Les cellules plasmatiques sont disposées autour et aussi en dehors des vaisseaux.

Le traitement général et local a été fort long et difficile, les ulcères se sont montrés très rebelles. En tout, la guérison presque définitive a exigé plus de 5 mois.

Le second cas concerne un invalide de 21 ans, dont l'affection remonte à 3 ans, lorsqu'à la jambe gauche s'est produit un abcès qui

ne guérissait pas. Peu à peu, la maladie s'est étendue aux deux jambes et aux cuisses. Les séjours en Crimée ordonnés à cause de l'ostéomyélite de la cuisse droite faisaient cicatriser presque complètement les ulcères du malade, mais ils récidivaient ensuite. Dans les antécédents, on note une rougeole, une scarlatine, une furonculose, qui dure encore depuis l'âge de 14 ans, des brûlures graves et étendues à l'âge de 16 ans et une ostéomyélite au même âge qui, opérée, a laissé des fistules persistantes. Le malade est pâle, affaibli, amaigri.

La dermatose du malade consiste en abcès de volume variable et situés d'une façon abondante aux couches diverses de la peau. Les abcès laissent sourdre du pus ; il y a des régions recouvertes de granulations, des cicatrices, des atrophies. Les bords des lésions sont surélevés, serpigineux, livides.

Bordet-Wassermann négatif, Pirquet faiblement positif. L'ensemencement du pus des abcès fournit surtout des staphylocoques blancs, mais aussi des jaunes, tandis que le pus des fistules montre une proportion inverse. La réaction d'agglutination du sang avec la culture de staphylocoque blanc a été positive aux dilutions de 1 : 20, 1 : 50, 1 : 100, 1 : 200. La réaction de Bordet-Gengou avec l'antigène staphylococcique a été négative.

La biopsie a montré un épaississement de l'épiderme, un amincissement de la couche cornée, des érosions avec infiltration leucocytaire, des micro-abcès ; une infiltration leucocytaire se voit également autour des vaisseaux et des glandes sudoripares. L'épiderme forme des invaginations dans l'épaisseur du derme. Cellules plasmatiques disposées péri-vasculairement.

Le malade guérit en 6 mois, mais les fistules d'ostéomyélite persistent. L'auteur conclut que la pyodermite serpigineuse chronique est due aux micro-organismes pyogènes divers, mais surtout aux strepto et staphylocoques. L'affection s'observe habituellement chez des sujets affaiblis, dont les facultés immunisantes sont diminuées et la résistance amoindrie. La fréquence de cette affection a augmenté durant les dernières années en rapport avec les mauvaises conditions alimentaires, hygiéniques, etc. L'auteur conseille d'étudier dans chaque cas les propriétés réactives de la peau et le degré de virulence de l'agent microbien.

BERMANN.

Sur la bilirubinémie au cours du traitement par le néosalvarsan, par A. A. ALAVDINE. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 593-603.

Après des considérations générales sur la bilirubinémie et, particulièrement, au cours du traitement de la syphilis par le néosalvarsan, l'auteur montre que l'accord est loin de se faire entre différents explorateurs dans ce domaine. Les recherches personnelles de l'auteur concernent 120 soldats syphilitiques à divers stades de leur affection, âgés de 21 à 23 ans et n'ayant rien de particulier, sauf la syphilis. La bili-

rubine était recherchée dans le sang du malade à jeun, à des dates variables après l'injection du néosalvarsan, ce qui a nécessité la répartition des malades en 6 groupes comprenant chacun 20 individus. Le nombre des réactions exécutées a été de 489 au total. La détermination de la bilirubine dans le sang se faisait d'après la méthode de Bakaltchouk qui est une combinaison heureuse des deux méthodes déjà connues, celle de van den Vergh et de Hertzfeld et qui consiste à pratiquer la diazo-réaction avec le sérum du sang examiné ; la quantité de bilirubine est déterminée par le degré de dilution du sérum examiné qui donne encore la diazo-réaction.

Les conclusions de l'auteur sont les suivantes : chez la plupart des syphilitiques en cours de traitement, le taux de bilirubine reste inchangé. Chez une partie des malades traités, l'on constate des oscillations nettes du chiffre bilirubinique, soit du côté de l'augmentation, soit du côté de la diminution, résultant probablement, dans le premier cas, du trouble de l'activité hépatique par le néosalvarsan, et, dans le second, de l'effet thérapeutique sur le processus principal qui a provoqué des altérations dans le foie. La constatation de ces oscillations du taux de la bilirubine dans le sang au cours de la salvarsanothérapie, donne la possibilité de faire une étude plus profonde du travail du foie, en comparaison avec les méthodes cliniques habituelles en usage, ce qui amène à préconiser comme absolument indispensable dans la pratique journalière du médecin vénéréologue, la recherche de la bilirubine dans le sang, comme cela se fait ordinairement dans l'urine. La méthode de Bakaltchouk se recommande par sa simplicité, sa précision et sa pratique facile s'exécutant dans toutes les conditions. BERMANN.

De l'influence des injections intraveineuses sur la composition morphologique du sang (communication préliminaire), par L. S. SIROTA. *Rousssky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 603-608.

Tout d'abord l'auteur constate la fréquence de plus en plus grande des injections intraveineuses qui sont devenues un mode d'introduction des préparations médicamenteuses les plus variées. D'autre part, le nombre des accidents divers plus ou moins graves, et même mortels, a également augmenté.

Pour élucider cette question presque inconnue dans la bibliographie russe, l'auteur a entrepris des recherches ayant pour but d'établir l'influence des injections intraveineuses sur la composition morphologique du sang. Son étude a porté sur 30 hommes. 5 blennorragiens guéris ont reçu des injections intraveineuses de solution physiologique, 5 malades exanthématiques, une solution de chlorure de calcium à 10 o/o, 5 autres exanthématiques, une solution de bromure de sodium à 10 o/o, 5 psoriasiques, une solution de salicylate de sodium à 20 o/o, 5 blennorragiques, une solution d'urotropine à 40 o/o et enfin, 5 syphilitiques, du néosalvarsan à la dose de 0 gr. 45. Les solutions indiquées étaient

injectées dans la veine très lentement, à la dose de 5 centimètres cubes, et le sang des malades était examiné 10, 30 et 60 minutes après l'injection intraveineuse.

L'examen du sang a souvent montré que 10 et 30 minutes après l'injection intraveineuse (sauf pour l'urotropine) il contient des formes jeunes des leucocytes, ce qui indique la présence de certains processus pathologiques dans les organes hématopoïétiques (système lymphatique). Dans un cas, une heure après l'injection intraveineuse d'urotropine, l'auteur a constaté des normoblastes, ce qui est absolument pathologique. La quantité d'hémoglobine diminue toujours dans les 10 premières minutes après l'injection intraveineuse. Au bout des 10 premières minutes également, l'injection intraveineuse de chlorure de sodium, de calcium et d'urotropine provoque une chute du nombre des lymphocytes aux dépens de l'augmentation des autres formes de globules blancs ; l'inverse s'observe avec le néosalvarsan, le bromure et le salicylate de sodium. Une élévation relative du chiffre d'éosinophiles est constatée après le chlorure de calcium, le néosalvarsan et l'urotropine, une diminution, après la solution physiologique, le bromure et le salicylate de sodium. Les monocytes diminuent graduellement après le néosalvarsan, les autres substances les font seulement osciller.

L'auteur s'abstient pour le moment de tirer des conclusions de ses recherches, mais il espère susciter un plus grand intérêt envers ce sujet dont des études multiples et encore plus complètes permettront d'établir les indications et les contre-indications au mode intraveineux d'introduction des médicaments. BERMANN.

Essai d'évaluation critique des données statistiques relatives à la syphilis, par N. A. TCHERNOGOUBOFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 608-625.

Après avoir démontré la nécessité de la statistique en matière de syphilis, l'auteur constate la difficulté du recueil des données numériques relatives à cette affection. Ceci s'explique par plusieurs facteurs, dont les principaux sont la réticence des malades, le secret médical, la marche et l'évolution de la syphilis, la difficulté de son diagnostic et la difficulté d'appréciation des chiffres obtenus. L'auteur constate que la statistique de la syphilis varie, pour le même pays, selon le mode de recueil et d'interprétation, atteignant des données fort contraires. S'il est plus facile de dépister les formes florides de la syphilis, les formes latentes et ignorées n'en restent pas moins souvent dans l'ombre. D'autre part, la statistique, pour être comparable, doit être rendue plus précise et perfectionnée. Il ne faut pas non plus oublier que les accidents manifestes tendent à une guérison spontanée, même sans traitement. Il ne faut pas omettre non plus les longues périodes de latence et la possibilité des récidives. Les formes légères et moyennes guérissent seules tout au plus au bout de 100 jours, tandis

que les formes graves, tardives, durent souvent davantage, mais elles sont non-contagieuses pour l'entourage.

L'auteur essaie d'appliquer à la statistique de la syphilis les formules épidémiologiques diverses qui se résument ainsi : 1° $S = an$, où S est le nombre total des syphilitiques, a, le nombre annuel moyen des cas récents et n le nombre moyen des années durant lesquels évolue la syphilis ; 2° $S = a + b + x + y$, où b est le nombre des cas de syphilis récidivantes, x celui des syphilis latentes et y celui des syphilis guéries ou supprimées (morts). Les chiffres a et b sont les mieux connus habituellement, mais x et y sont difficiles à établir. Le chiffre y des cas de mort ou de guérison n'a pas d'importance au point de vue épidémiologique, c'est pourquoi, il peut être omis de façon que la formule devient $S = a + b + x$. Connaissant trois grandeurs de cette formule, l'on peut toujours déterminer la quatrième.

Pour déterminer la valeur n, donc la durée moyenne de la maladie, l'auteur procède à l'analyse des statistiques étrangères, plus précises que les russes et basées sur un nombre plus élevé de cas. Ce chiffre moyen qu'établit l'auteur est de 30 ans. Donc $S = 30\ a$, mais en corrigeant la mortalité générale de la population et celle des syphilitiques qui est de 1 fois 1/2 supérieure, la formule deviendra $S = 20\ a$. Les statistiques étrangères montrent aussi que la grandeur b est 2 fois plus grande que la grandeur a. D'où l'on peut déterminer le chiffre x qui devient égal à 17 a ($x = S - (a + b)$ ou $an - a - b$ ou $a(n - 1) - b$), mais cette dernière valeur de x n'est pas toujours juste.

En analysant les causes de l'extension de la syphilis, l'auteur conclut qu'il existe une syphilis des peuples civilisés (en Occident) et celle des peuples peu civilisés dans laquelle il faut ranger celle de la Russie, surtout pour la campagne. La syphilis de la première variété se distingue par une pauvreté des formes manifestes, donc où les grandeurs a et b sont moindres, tandis que la syphilis de la seconde variété présente l'inverse.

En prenant les statistiques des États scandinaves, ainsi que celles de Suisse et d'Allemagne, l'auteur prouve que les calculs faits selon ses formules proposées sont presque précis. S'aidant également des données statistiques et des formules, l'auteur prouve que la limite maximale de l'extension dynamique de la grandeur a (sexuelle et extra-sexuelle) est de 2,5 o/o, donc où $S = 50$ o/o de population.

L'auteur conclut que les formules énoncées peuvent être très utiles dans la pratique, car elles amènent sensiblement aux mêmes résultats que ceux établis au moyen des méthodes plus compliquées et justes. Ces formules peuvent rendre des grands services lorsqu'il est nécessaire, surtout en Russie, d'établir des calculs pour organiser une lutte contre la syphilis, lutte basée sur des mesures sociales et hygiéniques.

BERMANN.

Contribution au traitement de la leishmaniose cutanée (bouton d'Orient) par la diathermie chirurgicale, par J. A. ROTENBERG et W. I. BARANOWSKY.

Roussky Vestnik Dermatologuii, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 626-633.

La technique employée par les auteurs était la suivante : l'électrode inactive appliquée à n'importe quelle région du corps se distinguait par sa grande surface, 200-300 centimètres carrés ; l'électrode active était du volume et de la forme d'un grain de mil ou d'un petit bouton et s'appliquait à la lésion. Le courant utilisé fut d'un 1/2 A. L'électro-coagulation se faisait à partir de la périphérie saine, l'électrode active était déplacée autour de la lésion, en agissant plus ou moins profondément. Cette méthode avait pour but de détruire les terminaisons nerveuses périphériques, ce qui rendait indolore la coagulation ultérieure. D'autre part, les *leishmania* ne pouvaient plus être disséminées mécaniquement par leurs voies d'extension, c'est-à-dire, les lymphatiques, car une barrière en forme de rebord faite de tissu coagulé autour de la lésion les en empêchait. La coagulation durait quelques secondes et était suivie de poudrage au xéroforme, ce qui produisait une croûte, sous laquelle se faisait une granulation et une cicatrisation.

Le matériel des auteurs comprenait en tout 94 malades porteurs de 213 boutons des pays chauds renfermant des *leishmania*. Mais l'étude détaillée et régulière ne s'est faite que sur 36 malades avec 103 boutons. Les formes les plus fréquentes ont été ulcéro-croûteuses, mais il y en avait aussi des ulcérées et des croûteuses. Les malades, dont 13 hommes et 23 femmes, étaient surtout des Russes (30), âgés le plus souvent de 1 à 10 ans. Les boutons siégeaient principalement aux parties découvertes et avaient une durée moyenne de 1 à 6 mois, le plus souvent. L'observation des malades a duré de 2 semaines à 2 ans à partir de la dernière séance de diathermie.

Les résultats thérapeutiques se résument ainsi : cicatrices atrophiques lisses, 16 cas ; kéloïdes, 8 cas ; cicatrices indurées et saillantes, 4 cas ; cicatrices atrophiques rétractiles, 4 cas ; récidives, 1 cas ; *restitutio ad integrum*, 1 cas ; relativement résistant, 1 cas, et renvoyé en état de cicatrisation, 1 cas. Les auteurs constatent qu'il n'y a pas de rapport entre la profondeur de l'ulcère et la production des chéloïdes. La guérison dure en moyenne un mois. Le traitement diathermique fournit donc de bons résultats et les auteurs le préconisent largement, mais ses résultats sont moins frappants chez les enfants qui, ne pouvant pas rester tranquilles, font réaliser le plus souvent une fulguration, plutôt qu'une coagulation, ce qui diminue notablement l'effet thérapeutique et cosmétique. BERMANN.

Un cas de psoriasis suppuré atypique (Zumbusch), par S. I. KEDROFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 633-638.

Après quelques données bibliographiques, l'auteur décrit son cas personnel. Il s'agit d'un employé, âgé de 34 ans, marié, ayant un enfant bien portant. Le malade est originaire d'une famille saine et n'a eu

aucune maladie cutanée ou vénérienne antérieure. Le travail du malade (statisticien-économiste de coopérative) est très énervant ; ses conditions de logement sont mauvaises, le malade habitant un sous-sol humide, provoquant des angines fréquentes. La maladie cutanée a débuté, il y a 15 mois, par des rougeurs et desquamations aux paumes des mains qui se sont étendues à tous les téguments. Le traitement par des pommades et le séjour en Crimée guérissait les éléments cutanés. Il y a 1 mois 1/2, récidive, sans cause apparente, des lésions érythémateuses, desquamantes, croûteuses et furonculeuses qui se généralisent à tout le corps. Il y a 2 semaines, frisson, prurit intense, mauvais état général.

A l'inspection, on trouve, chez le malade, à part des plaques psoriatiques typiques, d'autres, recouvertes de squames gris blanchâtre, ne donnant pas de signe de bougie, ni de rosée sanglante. Les plaques plus étendues sont recouvertes de croûtes ostréacées s'enlevant en entier et laissent à découvert une surface suintante. Certains placards à travers les croûtes fendillées les recouvrant, montrent une substance gluante et gommeuse, tandis qu'au-dessous d'autres croûtes on trouve du pus jaune verdâtre. Parmi ces éléments croûteux et desquamants, on trouve, surtout au dos, de nombreux furoncles.

Bordet-Wassermann négatif, Pirquet faiblement positif, hémoglobine 76 o/o, globules rouges 4.650.000, globules blancs 7.400, éosinophilie 7 o/o. La biopsie montre les lésions habituelles du psoriasis vulgaire. Le malade a guéri sous l'influence du traitement antipsoriasique ordinaire (bains quotidiens, pommades salicylées de 1 à 5 o/o, injections intraveineuses de bromure de sodium à 10 o/o, vaccino et auto-sérothérapie). L'auteur conclut à un psoriasis suppuré atypique.

BERMANN.

Deux cas de nodosités juxta-articulaires de Jeanselme d'origine syphilitique, par M. W. KOMAROFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nos 7-8, septembre-octobre 1930, pp. 639-640.

Aux 21 cas de nodosités juxta-articulaires de Jeanselme décrits dans la littérature russe, l'auteur ajoute encore 2 cas personnels.

Le premier cas concerne un soldat de 23 ans, n'ayant jamais quitté la Russie, originaire d'une famille paysanne saine, marié et ayant un enfant bien portant de 3 ans. La femme du malade n'a pas eu de fausse couche et présente un Bordet-Wassermann négatif. Depuis 6 mois, il présente une éruption qui, ayant débuté à la jambe droite, s'est généralisée peu à peu, aux extrémités inférieure et supérieure. En même temps, sans aucun traumatisme antérieur, apparaît, à la face de flexion de l'avant-bras gauche, une tumeur dure et indolore.

Actuellement, on constate une syphilide tuberculeuse des extrémités, deux nodosités situées près de l'olécrâne gauche, dures, indolores, de volume d'un pois et d'un œuf de pigeon, des indurations inégales et noueuses des corps caverneux (cavernite gommeuse). Périostite des deux jambes. Réactions de Bordet-Wassermann, de Kahn et de Kadisch très

positives dans le sang. Dans le liquide céphalo-rachidien, Bordet-Wassermann négatif, mais globuline 82 o/o.

Le traitement spécifique mixte a guéri les accidents cutanés, mais a peu influencé la périostite, la cavernite et les nodosités juxta-articulaires.

Dans le second cas, il s'agit d'un militaire de 36 ans, n'ayant jamais quitté la Russie, issu d'une famille ouvrière saine, marié, mais n'ayant pas d'enfant.

Traité, il y a 7 ans, pour un chancre mou par des médicaments externes, se plaignant de faiblesse générale, de dyspnée et de fatigue, le malade fut soupçonné de tuberculose et radiographié. On a trouvé une aortite et un Bordet-Wassermann très positif, ainsi que le Kahn et le Kadisch. Liquide céphalo-rachidien, rien de particulier.

Le feuillet interne du prépuce montre une cicatrice dépigmentée à la place de l'ancienne lésion chancrelleuse. Aux extrémités, foyers de syphilides tuberculeuses. Dans la région du grand trochanter gauche, on constate une nodosité dure, indolore, grosse comme une noisette. Le traitement spécifique mixte fait régresser les manifestations cutanées, mais non la nodosité juxta-articulaire.

La biopsie faite dans les deux cas a montré que les nodosités juxta-articulaires présentent la structure des gommes fibreuses.

Bermann.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à l'étude de l'ulcère peptique dans les brûlures (Ueber Ulcus pepticum bei Verbrennungen), par Gustav Riehl (Vienne). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 4, septembre 1930, p. 277.

Bibliographie et discussion sur les différentes théories concernant l'apparition d'ulcères de l'estomac et du duodénum à la suite de brûlures de la peau. Cinq observations personnelles. Tandis que les uns accusent une embolie ou une thrombose des vaisseaux régionaux par l'action mécanique des composants du sang ou des tissus détruits, ou pensent à une thrombose autochtone, l'auteur émet l'opinion que ce sont les toxines résorbées qui lèsent les muqueuses gastrique et duodénale. D'un autre côté, il semble que les spasmes vasculaires ou musculaires sont produits par l'influence toxique sur le système nerveux central.

Pendant les années 1926-1930, l'auteur trouva 5 fois des ulcères sur 152 autopsies après brûlures. Parmi ces sujets se trouvaient 3 enfants et 2 femmes adultes. Aucun signe clinique n'indiqua le danger d'une perforation. On doit admettre chez l'enfant une plus grande labilité du système nerveux végétatif et, peut-être aussi, une vulnérabilité plus grande des tissus.

Il n'existait dans aucun de ces 5 cas de perforation, mais les trois enfants moururent à la suite d'une hémorragie des vaisseaux artériels érodés par l'ulcération. Olga Eliascheff.

Contribution à l'étude de l'étiologie de la kératodermie symétrique héréditaire (Zur Frage de Ætiologie der hereditären symmetrischen Keratodermie), par D. Postowsky (Smolensk). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 4, septembre 1930, p. 305, 3 fig.

L'auteur apporte les observations de 5 cas de kératodermie symétrique héréditaire (3 personnes dans la même famille). P. arrive à la conclusion que cette maladie est due aux troubles endocriniens et aux troubles du système végétatif. Olga Eliascheff.

Erythème annulaire centrifuge (Erythema chronicum migrans Afzelü), par Sven Hellerström (Stockholm). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 4, septembre 1930, p. 315.

L'auteur décrit un cas d'érythème annulaire centrifuge d'origine inconnue chez un homme âgé de 49 ans. L'éruption débuta sur le côté gauche du tronc et sur l'extrémité gauche pour atteindre le côté droit. Les lésions progressèrent périphériquement de 5 à 6 millimètres dans les 24 heures. La température du malade oscilla pendant toute la durée de sa maladie entre 38° et 39°. La ponction lombaire pratiquée montra 65 lymphocytes, 5 polynucléaires et un érythrocyte par millimètre cube. La réaction de Pandy (globuline) fut fortement positive, celle de Wassermann négative. Il s'agissait donc d'une méningite chronique combinée avec un érythème annulaire centrifuge. Le rapport entre ces deux maladies est tout à fait obscur. Olga Eliascheff.

Pseudoxanthome élastique (Pseudoxanthoma elasticum), par Anna Eljasz (Varsovie). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 4, septembre 1930, p. 322, 2 fig.

L'auteur apporte un cas de pseudo-xanthome élastique chez une femme âgée de 75 ans. Les lésions occupèrent exclusivement l'abdomen dans toute sa partie inférieure, symétriquement des deux côtés de la ligne blanche.

L'examen histologique montra des foyers typiques de tissu élastique et des modifications dans la structure morphologique et dans l'affinité chimique du collagène. Olga Eliascheff.

Revista de la Sociedad medico-quirurgica del Zulia (Caracas).

Note sur le diagnostic de la lèpre (Nota sobre diagnostico de la lepra), par J. R. Hernandez d'Empaire. *Revista de la sociedad medico-quirurgica del Zulia*. 4e année, n° 8, 31 août 1930, p. 217.

Un procédé très sensible permet de mettre en évidence le bacille de Hansen dans la lymphe des sujets atteints de lèpre. Il a été communiqué verbalement à l'auteur par Albarracin, léprologue de Santander.

Après une désinfection locale à l'alcool, on fait un pli à la peau du genou du malade et on applique une pince à forci-pressure. On pique avec une aiguille stérilisée et on recueille sur une lame la goutte de lymphe qui suinte par la petite plaie. Après fixation par chauffage, la

préparation est colorée par la méthode habituelle de Ziehl. Si le malade est atteint de lèpre, on trouve presque toujours le bacille en abondance.

Les résultats sont plus constants que lorsque la recherche est faite dans le mucus nasal. Six observations démontrent la sensibilité de la méthode. Le bacille de Hansen a été trouvé dans la lymphe, alors que l'examen des sécrétions nasales avait été négatif.

J. MARGAROT.

LIVRES NOUVEAUX

Diagnostic, diagnostic différentiel et traitement des maladies cutanées et vénériennes, par Walter Scholtz, professeur à l'Université de Könisberg. 1 vol. in-8°, de 576 pages avec 155 figures et 32 planches en couleurs. S. Hirzel, éd., Leipzig, 1930.

Ce qui fait l'intérêt particulier de ce livre, ce n'est pas seulement que tout ce qui est essentiel de savoir pour le diagnostic des maladies de la peau et vénériennes et leur traitement s'y trouve habilement condensé, c'est surtout le plan de l'ouvrage. Partant du principe qu'en pareille matière tout diagnostic repose sur l'examen objectif des malades, l'auteur s'est efforcé de ranger en 20 tableaux toutes les affections cutanées ; les quinze premiers sont consacrés aux manifestations primaires (taches, dyschromies, papules lisses ou squameuses, nouures, vésicules, bulles et pustules), deux aux ulcérations, cicatrices et atrophies, une aux dermatoses prurigineuses, et les derniers à la valeur diagnostique des localisations régionales. Distinguer entre elles les lésions élémentaires est déjà difficile pour les apprentis en dermatologie ; cela ne s'apprend qu'à l'hôpital et non dans les livres. D'autre part il va de soi qu'un groupement sur cette base n'a aucune valeur nosographique ; il comporte même des rapprochements singulièrement inattendus. Mais sa valeur aux yeux de l'auteur est de faire penser à des diagnostics qu'on pourrait oublier d'envisager. Il a soin dans ses tableaux de rappeler pour chaque dermatose : son aspect objectif, ses localisations, son évolution, ses symptômes caractéristiques, ses manifestations subjectives, et la liste des affections dont il y a lieu de le différencier.

Aux 51 pages consacrées à ces tableaux fait suite la description et le traitement des affections qu'il classe en : artificielles, parasitaires, de cause inconnue, dyschromies, trichoses, onychoses, tumeurs, auxquelles succèdent les chapitres consacrés à la syphilis, à la gonorrhée et aux autres maladies vénériennes.

On peut se demander si ce plan est de nature à faciliter aux débutants le premier travail de « débrouillement » ; mais il est intéressant pour le dermatologiste déjà initié, et particulièrement pour celui qui a mission d'enseigner. Je me permets de faire remarquer que l'idée directrice du professeur Scholtz est celle sur laquelle repose la première partie « Morphologie » de mon Précis. En la poussant à l'extrême il a montré à la fois les avantages et les points faibles de cette manière de présenter la dermatologie.

J. Darier.

Le Chancre mou, par G. Milian. Collection *La pratique médicale illustrée.* G. Doin et Cie, Paris, 1931. Un volume, 52 p. 16 fig.

Étude complète de la chancrelle exposée avec simplicité et une

grande clarté à l'usage des médecins praticiens ; d'excellentes photographies illustrent cette monographie.

Après une description rapide du chancre mou classique, l'auteur en étudie les principales localisations et leurs caractères, ainsi que quelques aspects spéciaux, chancre mou folliculaire, chancre nain, chancre mou volant.

Un très grand chapitre est consacré aux chancres mixtes. Du chancre mixte primaire l'auteur distingue cinq formes : syphilisation de la cicatrice d'un chancre mou volant, chancre mixte d'aspect chancrelleux pur, chancre géant, chancres mixtes et purs simultanés, chancre syphilitique chancrellisé ; ensuite il reproduit les descriptions historiques des chancres mixtes artificiels. Sa conception des chancres mixtes secondaires, tertiaires et héréditaires est très personnelle ; il s'agit en fait des localisations d'une syphilis antérieure sur une chancrelle et il en décrit les quatre variétés suivantes : 1° le chancre mou papuleux, qui est soit papulo-érosif, soit papulo-ulcéreux. On peut regretter ici que la brièveté de l'article n'ait pas permis de soulever la question de l'existence de la chancrelle papuleuse pure, sans syphilis associée (type Marcel Ferrand), dont il n'est pas fait mention ; 2° un chancre mixte tertiaire, géant ; 3° un chancre mou phagédénique. L'auteur a toujours rencontré dans ce cas l'association syphilitico-chancrelleuse ; 4° l'autochancrellisation d'une syphilis tertiaire. Ici se place une très longue observation personnelle à l'occasion de laquelle est émise l'hypothèse de la persistance du bacille de Ducrey à l'intérieur de l'organisme.

Au chapitre du bubon notons la mise en doute de l'autonomie de la maladie de Nicolas-Favre, qui se rattacherait au bubon chancrelleux consécutif à un chancre volant, et les paragraphes sur la lymphangite chancrelleuse et le bubon sans chancre.

Un chapitre spécial est consacré aux complications à distance, hépatite avec ou sans ictère, hématurie chancrelleuse, et aux actions biotropiques que peut donner le chancre mou ou le vaccin antichancrelleux (réveil de paludisme, réactivation du Wassermann, etc.).

Au diagnostic sont décrites les techniques des examens microscopiques, de l'inoculation par scarification épidermique ou injection intradermique et de l'intradermo-réaction au Dmelcos.

Pour le traitement de chaque cas, l'auteur donne avec précision une technique simple qui lui a paru la plus efficace. Rappelant l'insuccès fréquent d'une antisepsie préventive, il conseille tout au début du chancre l'emploi du chlorure de zinc à 50 o/o ; plus tard, il préfère l'iodoforme, ou à défaut l'aristol ou le chauffage. Quand le bubon menace, les injections intraveineuses de vaccin le font avorter ; quand il est suppuré, on fait des ponctions avec ou sans injections iodoformées ou un drainage filiforme à laisser en place quatre ou cinq jours seulement.

A. Bocage.

NOUVELLES

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Clinique de Dermatologie et de Syphiligraphie — Hôpital Saint-Louis.

Professeur : M. GOUGEROT

COURS DE PERFECTIONNEMENT

Dermatologie et Vénéréologie

sous la direction de M. le Professeur GOUGEROT

Le prochain cours de Dermatologie *aura lieu du 13 avril au 9 mai 1931.*

Le prochain cours de Vénéréologie *aura lieu du 11 mai au 6 juin 1931.*

Le prochain cours de Thérapeutique Dermato-Vénéréologique *aura lieu du 8 juin au 28 juin 1931.*

Un cours de Technique de Laboratoire aura également lieu durant cette période.

Le droit d'inscription pour chaque cours est de 350 fr.

Un programme détaillé sera envoyé sur demande.

Les cours auront lieu au Musée de l'Hôpital Saint-Louis, 40, Rue Bichat, Paris (Xe).

Ils seront complétés, par des examens de malades, des démonstrations de laboratoire (tréponème, réaction de Wassermann, bactériologie, examen et cultures des teignes et mycoses, biopsie, etc.) de Physiothérapie (électricité, rayons X, haute fréquence, air chaud, neige carbonique, rayons ultra-violets, finsenthérapie, radium), de Thérapeutique (frotte, scarifications, pharmacologie), etc...

Le Musée des Moulages est ouvert de 9 heures à midi et de 2 heures à 5 heures.

Un certificat pourra être attribué, à la fin des cours, aux auditeurs assidus.

On s'inscrit au Secrétariat de la Faculté de Médecine, rue de l'Ecole-de-Médecine (guichet 4), les lundis, mercredis et vendredis, de 15 à 17 heures (On peut s'inscrire par correspondance).

Pour tous renseignements s'adresser à M. le Dr BURNIER, Hôpital Saint-Louis (Pavillon Bazin).

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

1° Semestre d'hiver : M. NANTA, agrégé libre, fera un cours théorique sur les maladies mycétiques : 6 décembre : généralités sur les mycoses. — 20 décembre 1930 : blastomycoses. — 10 janvier 1931 : actinomycoses. —

24 janvier : aspergilloses. — 7 février : sporotrichoses. — 21 janvier : dermatomycoses. — 7 mars : affections viscérales au cours des teignes. — Les grands syndromes mycosiques : mycétomes. — 25 avril : septicémies mycosiques. — 2 mai : les mycétides.

2° *Institut de sérologie* (Dr Chatellier, directeur adjoint) (construit et entretenu par le ministère de la Santé publique). — La Faculté de médecine de Toulouse délivre un diplôme de sérologie dans les conditions suivantes : Tout étudiant en médecine ayant achevé sa scolarité, tout docteur en médecine peut se faire inscrire. L'enseignement comprend : stage, cours, examen.

Le stage commence en fin octobre, et s'achève en juillet de l'année suivante ; il est quotidien, effectif et assidu.

Le cours a lieu pendant toute l'année scolaire : une leçon théorique par semaine.

Les examens ont lieu fin juillet.

Adresse : Hospice de la Grave, Toulouse.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

JÉROME FRACASTOR (1)

Par le Professeur Mario TRUFFI
Directeur de la Clinique Dermosiphylopathique
de la R. Université de Padoue.

L'année qui vient de se terminer a été celle du quatrième centenaire de la première publication imprimée du poème *Syphilis* ou *Mal français*, poème qui a rendu célèbre parmi les lettrés et parmi les savants le nom du grand médecin de Vérone.

Ce poème, à dire vrai, avait été écrit quelques années avant, dans la villa de Incaffi, séjour préféré du poète (comme le prouve un passage du *De contagione*, « *quo forte tempore a pestilentia rus pulsi multum ocii nacti essemus* ») et dès l'année 1525, Fracastor en avait adressé un exemplaire manuscrit au cardinal Bembo (auquel par la suite le poème fut dédié) en lui demandant son appréciation autorisée de lettré.

Mais c'est un fait cependant que la première édition du *Syphilis seu morbus gallicus* vit le jour à Vérone au mois d'août 1530, et sous les presses, semble-t-il, du typographe Nicolini.

C'est à cette œuvre qu'est due la dénomination de « syphilis » attribuée pour la première fois à la maladie, qui vers la fin du xve siècle, s'était répandue sous la forme d'une grave endémie.

Ce nom nouveau ne connut pas tout de suite le succès, et les médecins qui au cours du xvie siècle, nous ont laissé des travaux sur cette question, adoptent encore les premières dénominations de *mal français*, *mal napolitain*, *mal espagnol*, *patursa*, *pudendagra*, *etc*...

Seuls quelques-uns, très rares, Tomitano, par exemple, font allusion dans leurs écrits au terme de « syphilis » comme l'un de ceux, si nombreux, qui ont été forgés pour désigner l'infection

(1) Traduit de l'italien par le docteur Belgodere, membre correspondant de la Société italienne de dermatologie et de syphiligraphie.

vénérienne. Il est probable que cette expression a tout d'abord été employée largement par les profanes, puis par la suite, et lentement, elle a pénétré dans le langage scientifique.

Le poème, comme je l'ai dit, a fait la réputation de Fracastor, réputation qui se répandit rapidement dans presque tous les pays de l'Europe.

En 1531 il avait déjà été réimprimé à Paris *chez Cyaneum*, en 1536, à Bâle *chez Bebelium*, puis, encore à Paris en 1539, *chez Foucherium*, à Lyon, en 1547, *chez Frellonium*, à Anvers, en 1562, *chez Martini Nuty Viduam*, etc...

Et il en a été fait, dans les temps anciens et de nos jours encore, des traductions dans presque toutes les langues. Les contemporains ont exalté ces chants comme une des meilleures compositions poétiques après l'âge d'or de la latinité classique. Le cardinal Bembo a écrit que « rien de plus parfait n'aurait pu être attendu de Virgile ». Panvicinio également, un savant de l'époque, dont le portrait accompagne celui de Fracastor, dans un magnifique tableau qui est conservé dans la Grande Salle du Conseil de la Mairie de Vérone, au-dessus de l'admirable loggia de Fra Giocondo, affirme que « *nihil divinius aut elaborantius a Virgilio quidem ipso fieri potuisse existimo* ».

Tous les lettrés du XVIe et du XVIIe siècle s'associent à un pareil jugement. Sans aucun doute, ce court poème, par le charme de la forme, par la limpidité du vers, par la clarté de la conception, par une adaptation parfaite de la langue à la description de choses et à l'expression de pensées toutes nouvelles, surpasse tous ceux qui, après la période classique, furent conçus et écrits en langue latine. Fracastor, bien qu'il traite le sujet scabreux avec une certaine rigueur scientifique et sans voiles inutiles, sait s'élever dans une atmosphère de pureté poétique, de manière à dissiper toute impression fâcheuse que la matière traitée aurait pu susciter.

Comme chacun sait, le poème est divisé en trois livres :

Dans un exorde, le poète, après avoir justifié le choix du sujet en affirmant que *Deus hæc quondam dignatus Apollo est* parce que

. . . *hac tenui rerum sub imagine multum*
Naturæ, fatique subest, et grandis origo,

recherche l'origine de la maladie. Et il se montre opposé à l'opinion qui veut que celle-ci ait été importée d'Amérique, soit parce qu'il a vu lui-même des cas où la maladie est apparue sans aucun contact direct avec des malades, soit parce qu'il n'est pas admissible que la maladie, si elle avait été apportée par les compagnons de Colomb, ait pu en si peu de temps, se répandre aussi largement.



Jérome Fracastor
(d'après un portrait à l'huile appartenant à la famille Fracastor).

Le fait qu'il ne nous en est parvenu aucune trace ne suffit pas à lui seul pour exclure que la maladie ait pu exister dans le passé.

Dans le court Traité, qu'il a écrit un peu plus tard, Fracastor, n'est peut-être pas aussi affirmatif pour contester l'origine américaine de la lues, bien que, aux arguments développés dans le

poème, il en ajoute un autre qui lui semble probant, à savoir l'emploi du mercure, antérieur à la découverte de l'Amérique, contre la *scabbia crassa, quæ cum doloribus iuncturarum accidit.*

Du reste, même dans le texte du poème, ce doute se laisse entrevoir, car, alors que dans le second livre c'est le berger Ilceus qui figure comme atteint le premier de la maladie, dans le troisième, c'est l'Américain Syphilus, qui paie le premier le tribut à la maladie.

Avec une imagination poétique, Fracastor attribue à l'influence de Saturne irrité l'apparition de la syphilis. Elle se répandit rapidement, de même que s'était répandue, dans les mêmes années, une grave épizootie, parmi les chèvres et les brebis ; mais le nouveau fléau frappa l'homme seulement.

Fracastor entreprend ensuite de décrire les symptômes de la maladie et invoque l'aide de la Muse et d'Apollon pour que ses vers ne soient pas perdus, mais demeurent comme un document pour nos lointains arrière-neveux, si la maladie devait plus tard faire une nouvelle apparition. *Et signa et faciem pestis novisse juvabit.*

Il indique quels sont les premiers symptômes du mal, les manifestations génitales, les douleurs nocturnes, et particulièrement les tuméfactions circonscrites à tendance ulcéreuse, auxquelles il donne le nom de *gommes* resté depuis en usage, comparant l'humeur qui en sort au liquide qui s'écoule du tronc de certains arbres.

Ut sæpe aut cerasis aut Phyllidis arbore tristi
Vidisti pinguem ex udis manare liquorem
Corticibus, mox in lentum durescere gummi.

Admirable est l'exactitude, au point de vue médical de l'exposé des symptômes du mal, quoique enveloppé de la noble forme poétique.

Puis, dans une des pages les plus suggestives du poème, c'est l'épisode du jeune Cenoman, dont le beau corps est dévasté par d'horribles ulcérations.

Dans le deuxième livre, Fracastor explique les moyens de traitement de la maladie.

L'homme, avec l'aide des Dieux, a trouvé des remèdes pour vaincre le triste mal.

. . datumque homini protendere longe
Auxilia, et certis pestem compescere vinclis
Victorem et sese claras attollere in auras.

Plus rapide est l'intervention curative, plus facile sera la victoire.

Ergo omnem impendes operam te opponere parvis

Minutieuses sont les règles d'hygiène personnelle indiquées par le poète : séjour en pleine campagne, vie active, chasse, ascensions de montagne, rudes et fatigants travaux des champs.

Vidi ego sæpe malum qui jam sudoribus omne
Finisset, sylvisque luem liquisset in altis.

Il recommande la gymnastique de chambre :

. . . exercere domi quo te quoque possis
Parvam mane pilam versa mihi, vespere versa.
Et saltu et dura potes exsudare palestra.

Le malade doit éviter les études pénibles, rechercher au contraire la poésie et les chœurs joyeux de jeunes gens et de jeunes filles ; fuir les rapports sexuels, ne serait-ce que pour ne pas transmettre le mal à d'insouciantes jouvencelles.

Parmi les remèdes, le meilleur est le mercure, dont les particules *semina pestis inurunt ;* les Dieux en ont fait don aux hommes, comme le poète le rappelle dans la fable d'Ilceus. La déesse Calliroë apparaît en songe au berger Ilceus, et lui rappelle que Diane et Phébus l'ont frappé de la grave maladie parce qu'il a tué un cerf sacré, et ils ne lui permettent pas d'y trouver remède sous le soleil. La Déesse lui indique une caverne dans laquelle, avec l'aide des Nymphes, il pourra pénétrer dans les entrailles de la Terre et trouver le remède à ses maux. La Nymphe Lipare le conduit en effet dans l'Empire des Métaux, sur les rives d'un fleuve d'argent, et l'asperge trois fois du métal liquide :

. . . . ter virgineis dat flumina palmis
Membra super, juvenem toto ter corpore lustrat
Mirantem exuvias turpes et labe maligna
Exutos artus pestemque sub amne relictam.

C'est depuis ce moment que l'on a appris à se servir du mercure.

Le troisième livre est certainement le meilleur au point de vue poétique. Le poète y célèbre les vertus du bois de Jaco, arbre qui pousse dans une île d'Amérique et dont les indigènes emploient l'écorce et les branches pour préparer la décoction salutaire. Il décrit la préparation de cette décoction, les diverses règles suivant lesquelles il faut l'absorber, le jeûne qui doit accompagner la cure; la transpiration qui s'ensuit et qui fait que...

Interea vacuas pestis vanescit in auras
. . primoque redit cum flore juventa.

Suit le récit de la manière dont fut connu en Europe le bois de Jaco, récit dans lequel il décrit en des pages admirables le voyage de Colomb. Fracastor, qui était non seulement poète, mais aussi, comme il le montre, un amateur instruit de la science géographique, reconnaît et exalte toute l'importance de la découverte du navigateur gênois. Il n'est pas superflu de faire remarquer que le grand événement n'a pas obtenu, à la fin du xve siècle et dans la première moitié du xvie, toute l'attention que méritait son importance. Si nous parcourons la copieuse littérature médicale, où il est fréquemment question de l'Amérique, à propos de l'origine de la maladie et de l'importation du bois sacré, nous ne trouvons que peu d'allusions au caractère grandiose de la découverte et aux mérites du « donateur de mondes ».

Un médecin célèbre, G. B. Montano, en vient même à s'en défaire en trois paroles irrévérencieuses : *quidam miles Colombus*; la plupart des autres écrivains se contentent d'indiquer sommairement le fait qui marque le passage d'une époque de l'histoire à l'autre.

Fracastor au contraire, qui est, je crois, le premier à avoir fait de cet événement un sujet de poésie, exalte la grandeur de Colomb et de son haut fait.

Avec lui, un autre reconnaît l'importance de cet événement, un de ces grands esprits qui honorèrent la médecine italienne en ce temps et rendirent célèbre l'Athénée Padovan, Gabriel Fallope, qui parle du *nobile ingenium* de Colomb, et l'appelle *vir ille admirabilis*.

Fracastor imagine qu'au terme du voyage long, exténuant, la Lune, invoquée par Colomb apparaît sous la forme d'une Néréide au-devant des caravelles et le dirige de manière à ce qu'il touche la première île du nouveau continent.

La brève invocation de Colomb et la description de l'exaucement de sa prière, constituent un des passages les plus harmonieux du poème :

Nox erat et puro fulgebat ab æthere Luna
Lumina diffundens tremuli per marmora ponti
Magnanimus cum tanta heros ad numera fatis
Delectus, dux errantis per cærula classis :
« Luna, ait, o pelagi cui regna hæc humida parent,
Quæ bis ab aurata curvasti cornua fronte,
Curva bis explesti, nobis errantibus ex quo
Non ulla apparet tellus, da littora tandem
Aspicere, et dudum speratos tangere portus,
Noctis honos, cœlique decus, Latonia virgo ».

Dans l'île de Ophyre, les marins descendus à terre, font avec leurs arquebuses (c'est la première description poétique, je crois, des armes à feu et de leurs effets meurtriers) un grand carnage d'oiseaux multicolores consacrés à Phébus. Un de ceux-ci prédit alors les châtiments que le dieu irrité enverra aux marins, parmi lesquels une maladie obscène inconnue.

Les habitants de l'île accueillent favorablement Colomb et ses marins qui prennent part à une fête en l'honneur du Soleil.

Autour de l'autel des sacrifices, se tient une foule de gens, d'âge et de condition divers, malades d'horribles plaies. Le Roi de l'île explique à Colomb qu'il s'agit d'un rite qui se célèbre chaque année pour rendre les Dieux propices contre la peste :

. . . . *quam nostra videtis*
Corpora depasci, quam nulli, aut denique pauci
Vitamus. . . . .

Il raconte comment autrefois Syphilus, berger du Roi Alcitoo, s'irrita contre le Soleil, qui brûlait les moissons et affamait les trou-

peaux, et il fit le propos de vénérer comme le Soleil le puissant Roi Alcitoo lui-même, et de lui élever des autels. Plein d'orgueil, Alcitoo accepta les honneurs qui lui étaient rendus. Le Soleil offensé envoya alors une peste qui frappa Syphilus tout le premier :

. . . . . . primus, Regi qui sanguine fuso
Instituit divina, sacrasque in montibus aras,
Syphilus, ostendit turpes per corpus achores,
Insomnes primus noctes, convulsaque membra
Sensit et a primo traxit cognomine morbus
Syphilidemque ab eo labem dixere coloni.

On a versé des flots d'encre pour discuter d'où Fracastor avait tiré le nom qui devait définitivement rester à la maladie, et on a recherché les éthymologies les plus étranges à ce terme. Aucune, je pense, ne mérite considération d'une manière suffisante. Il est peut-être plus exact de penser que la libre imagination du poète a créé ce nom, à l'imitation de ceux qui ont été chantés par son grand maître latin, sans se préoccuper d'aucune signification secrète ou d'obscures allusions.

La maladie se répandit et frappa le Roi Alcitoo lui-même. Avec l'aide de la Nymphe America, qui conseilla d'offrir de l'encens à Apollon, et de sacrifier une génisse blanche à Junon et une vache noire à la Terre, le remède du mal fut trouvé.

Junon envoya des semences que la terre fertile fit ouvrir dans son sein pour donner naissance à la plante salutaire. Ainsi les malades, avec le bois de Jaco

Vi mira infandæ labis contagia pellunt

Les marins de Colomb apportent en Europe le remède souverain :

Jam nunc Europam vecta est Huyacus in omnem

avec l'hymne au bois sacré :

Salve, magna Deum manibus sata semine sacro
Pulchra comis, spectata novis virtutibus arbos
Spes hominum, externi decus, et nova gloria mundi

et avec le souhait que la renommée du miraculeux remède se perpétue dans notre patrie, sur les rives du verdoyant Benaco, dans les tendres vallons baignés par l'Adige, et que le cardinal Bembo le fasse connaître sur les rives du Tibre, le poème se termine.

J'ai voulu rapporter d'une manière assez détaillée la trame du poème pour montrer comment Fracastor, même dans la fiction poétique a su maintenir à son sujet une certaine rigueur scientifique. Chose admirable, si l'on songe à la douce harmonie des vers qu'il a su composer, à la forme impeccable, à la précision de la langue.



Portrait de Fracastor tiré de la IVme édition de ses œuvres complètes. (Venise 1587).

Celui qui lit aujourd'hui le poème peut facilement se rendre compte du grand succès qu'il a eu dans les siècles passés et comment à lui seul il a pu suffire à procurer à l'auteur une solide renommée.

Mais Jérôme Fracastor a bien d'autres titres à notre admiration. Il occupe une place des plus élevées parmi ces esprits éminents de la glorieuse période de la Renaissance italienne, qui, ramenant la philosophie et la science sur le chemin de l'observation directe des

faits et du raisonnement basé sur leur constatation, ont contribué puissamment à dissiper les ténèbres médiévales et à délivrer l'esprit humain de l'esclavage du dogme.

Fracastor a été en même temps, outre que poète, philosophe, mathématicien et astronome, géographe et géologue, et des plus grands parmi les médecins. Comme tant d'autres formidables esprits de cette époque fortunée, il a parcouru les champs les plus variés du savoir et a marqué presque chacun d'eux d'une géniale empreinte.

Né à Vérone, en 1478, d'une noble famille de cette ville, il fut envoyé de très bonne heure par son père au *Studio de Padoue*, qui était alors très florissant grâce au soin qu'y apportait la République de Venise et il fut confié aux soins de Jérome della Torre, professeur de médecine. Il vécut dans l'intimité des enfants de della Torre : Marcantonio, qui fut par la suite un des plus grands anatomistes du temps, ami et compagnon de travail de Léonard de Vinci, Jean-Baptiste, célèbre astronome et Raimond, littérateur.

A 23 ans, il était déjà Professeur de logique à l'Athénée padovan, où il enseigna jusqu'en 1509, et il semble avoir eu parmi ses auditeurs Nicolas Copernic, qui, à cette époque, fut justement étudiant à l'Athénée.

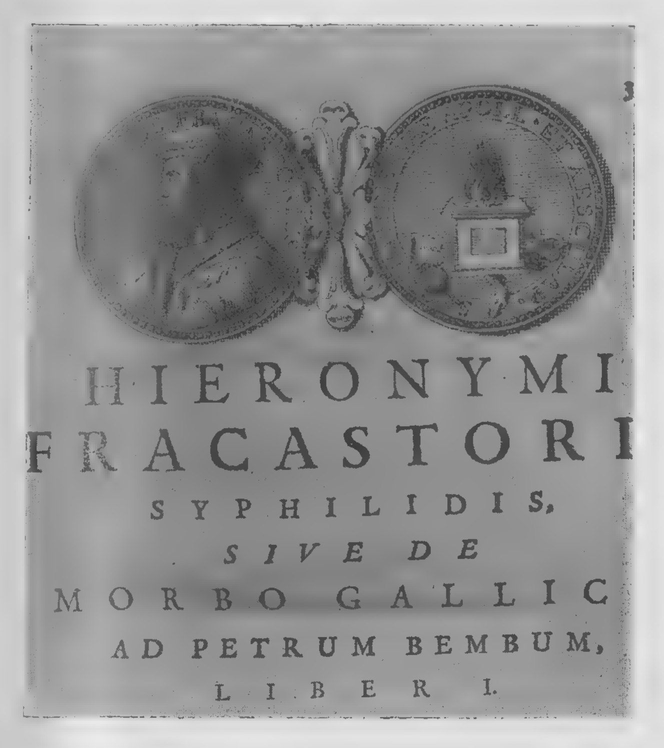
Après la guerre, qui éclata contre la République vénitienne en conséquence de la coalition de Cambrai (1), Fracastor se retira dans sa ville natale, Vérone, où il s'adonna à l'exercice de la médecine et à ses études préférées, littéraires et scientifiques. Il aimait séjourner longuement dans la villa de Incaffi, riant village placé sur une éminence à cheval entre le lac de Garde et la vallée de l'Adige. C'est dans cette ville qu'il écrivit presque toutes ses œuvres, publiées en grande partie alors qu'il était déjà parvenu à l'âge mûr, et en partie après sa mort, survenue en 1553.

La médecine pratique ne fut pas exercée par Fracastor d'une manière continue, bien que la renommée que lui avaient valu ses travaux en fit un médecin très recherché, appelé par des rois, des princes et des cardinaux. De toute façon, le nombre de ses clients

(1) La coalition de Cambrai s'était formé en 1507 entre le Pape Jules II, le Roi de France Louis XII, l'Empereur Maximilien, Ferdinand de Naples, le Roi de Hongrie, etc... contre la République de Venise. En vertu de cette coalition, les armées françaises pénétrèrent en Italie.

semble avoir été très élevé, puisque, en un point du poème, il adresse une invocation aux Muses, pour que, si elles ne croient pas devoir lui ceindre le front du laurier des poètes, elles lui accordent au moins la couronne de chêne pour les nombreux malades sauvés.

At saltem ob servata hominum tot millia, dignum.
Censuerint querna redimiri tempora fronde.



Médaille frappée en l'honneur de Fracastor par Comino (Padoue 1739).

Cependant, Fracastor a manifesté plusieurs fois l'intention, dans laquelle il n'a pas persisté, d'abandonner l'exercice de la médecine, et il s'est souvent plaint de ce que les clients fussent par trop rares. Dans une lettre écrite en 1532 à son ami Rannusio, il affirme *qu'il n'y avait plus personne à Vérone qui le reconnut comme médecin.*

Mais au fond, il se consolait en pensant qu'il lui restait plus de temps à consacrer à ses études préférées, études dans lesquelles

se révélait toute la variété et la profondeur de son esprit protéiforme.

Un examen rapide des œuvres qu'il nous a laissées en donnera la claire démonstration :

Les œuvres philosophiques qui nous sont restées (le dialogue *De Anima*, incomplet, le *De Intellectione*, le *De Pœtica*) bien qu'importantes si nous nous reportons à l'époque où elles furent écrites, particulièrement par la tendance à suivre des procédés expérimentaux et à analyser les faits avec un esprit critique, ne sont pas celles qui sont marquées le plus nettement de l'empreinte de son génie.

Beaucoup plus importantes sont les œuvres à caractère scientifique. Les travaux astronomiques de Fracastor sont résumés dans l'*Homocentrique*. L'œuvre, et c'est un de ses plus grands mérites parce qu'elle fait ressortir chez l'auteur une figure de précurseur du mouvement scientifique expérimental, s'inspire du principe de donner de la valeur surtout aux résultats de l'observation directe *ante omnia præponamus quæcumque apparente quæque observata traduntur*. Dans cette œuvre, Fracastor, soutient, contrairement à la théorie de Ptolémée, que les astres parcourent des orbites qui ont le même centre. Il admet encore que la Terre est le centre de ce mouvement, mais il fonde sa démonstration sur l'observation et sur des considérations mathématiques, admettant que le mouvement des astres est gouverné par des influences réciproques, et considérant le mouvement lui-même comme la résultante de plusieurs forces. Il donne ainsi la première démonstration de la décomposition du mouvement, énonçant un des principes fondamentaux de la mécanique.

Fracastor observe et fait remarquer la constance de l'obliquité de l'écliptique, et il met en évidence que le mouvement des planètes n'est pas circulaire, mais en spirale, comme on l'admet aujourd'hui. Sans doute, dans l'*Homocentrique*, il y a des erreurs, mais l'œuvre de Fracastor représente une des premières tentatives pour se libérer des abstruses spéculations astrologiques et pour mettre en valeur la recherche directe des faits.

La publication de l'*Homocentrique* a gravement ébranlé le système de Ptolémée, et si Fracastor n'a pas réussi à donner la démonstration des opinions qu'il a soutenues, il n'est pas douteux que sa critique a ouvert la route à la grande révolution que Copernic était destiné à apporter dans le domaine astronomique.

Le livre de Fracastor présente encore, à un autre point de vue, un notable intérêt. Nous y trouvons la première allusion à l'emploi de la lunette pour les recherches célestes. Il en parle dans deux passages du texte.

A la page 13 de la quatrième édition de *Opera Omnia*, il dit en effet : *et per duos specilla ocularia si quis perspiciat altero alteri superposito maiora multo et propinquiora videbit omnia*, et à la page 42, lettre C, de la même édition, encore plus clairement ; *Quinimo quædam specilla ocularia fiunt tantæ densidatis ut si per ea quis aut lunam aut aliud siderum spectat adeo propinque illa iudicet ut ne turres ipsas excedant.*

Fracastor a donc devancé d'un quart de siècle les premières tentatives de Porta et de plus d'un demi-siècle les résultats indubitablement plus complets de Galilée.

Fracastor fut un physicien et un ingénieur de travaux hydrauliques de valeur, ainsi qu'il apparaît des conseils que, dans une lettre, il donne sur la bonne direction de la lagune et de sa dissertation sur les crues du Nil.

Il n'a pas laissé d'œuvres de botanique et de géographie, mais les quelques allusions éparses dans ses lettres sont suffisantes pour confirmer la réputation dont il jouissait auprès de ses contemporains de profond connaisseur de ces sciences.

Les sciences géographiques eurent en lui un de leurs premiers adeptes : on peut presque affirmer qu'il en a été le créateur. Presque en même temps et indépendamment d'un des plus grands esprits de la Renaissance, Léonard de Vinci, Fracastor a étudié et justement interprété la genèse des Fossiles.

Dans les œuvres de Fracastor, il n'est pas fait mention de travaux géologiques, sinon dans un passage de l'*Homocentrique*, où il est affirmé que des montagnes et des îles furent un jour formées par la mer et par la mer recouvertes, et que, dans les temps éloignés, on verra aussi que, là où il y a la mer, il y aura des terres habitables.

Ses opinions sur les fossiles sont au contraire contenues dans une sorte d'entretien qu'un jurisconsulte véronais, Torello Sarayna, eut avec lui à propos de certaines espèces de coquillages et de poissons qu'on trouva encastrés dans le rocher de quelques fouilles faites dans les environs de la ville.

Fracastor, confirmant que les fossiles qui lui étaient présentés ne pouvaient pas être des imitations de forme, mais étaient de véritables coquillages et de véritables animaux, parce que, à côté des parties pétrifiées il y en avaient d'autres qui présentaient l'aspect et la fragilité des coquillages, écarte l'opinion admise que les animaux devenus fossiles auraient été transportés à l'endroit où on les trouve par le déluge universel ; il écarte l'hypothèse de la genèse directe par le terrain, pour admettre que les fossiles auraient été autrefois de vrais animaux nés dans la mer et laissés sur place par la mer. D'où la conjecture que les montagnes auraient été formées sur le fond de la mer et laissées ensuite à sec lorsque la mer s'est retirée. Que la mer aille lentement et continuellement en se retirant cela semble démontré pour Fracastor par le fait que l'Egypte était autrefois complètement submergée et que la plage de Ravenne a émergé, dans les temps historiques, à plus de cent mètres de la mer.

Mais les œuvres médicales sont certainement celles dans lesquelles le génie de Fracastor s'illumine de la lumière la plus vive.

La première œuvre publiée sur un sujet médical est le *Dies critici vel de dierum criticorum causis*. C'est un des premiers écrits dans lesquels sont combattues ouvertement les opinions qui jusqu'alors étaient accueillies comme des dogmes en médecine. A l'aveugle croyance dans les principes de Galien, Fracastor affirme qu'il veut opposer les résultats de l'expérience la *magistra experientia*, et l'examen impartial des faits observés. C'est le principe dont sont imprégnées ses œuvres, principe qu'il résume en ces paroles : *partim longa experientia, partim ratione comparare*, dont il voudrait que tous les médecins soient inspirés. L'importance du *Dies critica* est peut-être contenue davantage dans ces affirmations de méthode que dans la substance du travail, dans lequel l'auteur ne parvient pas à se libérer complètement des croyances et superstitions antiques.

Parmi les œuvres médicales, nous pouvons comprendre aussi le *De Sympathia et Antipathia rerum* dédié, avec le *De Contagione* au cardinal Alexandre Farnèse. Dans la préface, sous forme de lettre au cardinal, Fracastor affirme que l'étude des sciences constitue le meilleur moyen d'être utile à ses semblables, ce qui est le véritable but de la vie.

La médecine est inséparable de la philosophie puisque celle-ci enseigne à rechercher les causes des faits et que, sans cette recherche, il n'y a pas de science. Partant de cette conception, Fracastor combat les causes occultes par lesquelles on expliquait les phénomènes naturels et il étudie les phénomènes en vertu desquels les corps en général s'attirent et se repoussent avec des mouvements disciplinés qui ne perturbent pas, mais composent au contraire l'ordre universel. A ces phénomènes d'attraction et de répulsion, il attribue, non seulement les phénomènes de résonance entre les ondes sono-



Blason de la famille des comtes Fracastor de Vérone.

res, d'attraction de l'aimant et de l'ambre, de capillarité, etc... mais aussi les phénomènes de la vie organique et même ceux de la vie psychique, tels que les affections de l'âme, la joie, la tristesse, la haine, l'étonnement, le rire, la peur, l'extase, etc...

Le *De diebus criticis* et le *De Sympathia* eurent beaucoup de faveur dans le milieu médical et leur réputation dura longtemps : des éditions en furent encore tirées au XVIII[e] siècle.

Mais l'œuvre la plus élevée dans le domaine médical, celle qu'on peut considérer comme la meilleure pierre sur la voie du progrès de la science médicale est représentée par le *De Contagione et con-*

tagiosis morbis. Pour en apprécier la valeur, il convient de se rapporter à l'époque où vécut notre héros, et aux idées qui, alors dominaient en fait de contagion, celle-ci étant attribuée à d'occultes propriétés des maladies, à des influences astrales, etc...

Fracastor fut le premier à exposer et à soutenir l'idée que le principe de la contagion résidait dans des germes vivants, qu'il appelait *seminaria morbi*, capables d'engendrer la même maladie quand ils sont transmis à un autre organisme. La contagion, qu'il définit *quædam ab uno in aliud transiens infectio*, advient par des particules minimes qui échappent à nos sens et qui sont transportées d'un organisme à un autre. Il n'y a pas de véritable contagion quand la matière passe d'une partie à l'autre d'un même organisme. Dans les *seminaria* réside toute la cause de l'infection, et ceux-ci sont capables de la déterminer, même si, dans l'organisme attaqué, manquent les conditions et les dispositions favorables.

Les *seminaria morbi* n'attaquent pas au début tout l'organisme, mais seulement une ou plusieurs des particules qui le constituent, et de là, secondairement, ils se diffusent dans tout le corps *seminaria prima, quæ adhaeserunt e vicinis humoribus ad quos habent analogia, consimilia alia generant et propagant et hæc alia donec tota humorum massa et molem efficiatur.*

Fracastor établit une différence nette entre le poison et la contagion affirmant que les poisons ne peuvent *tale in secundum gignere quale in primum fuit principium et seminarium.*

Les contagions sont diverses, tant au point de vue de la partie de l'organisme qu'elles ont tendance à attaquer, que par leur mode de propagation par leur rapidité plus ou moins grande à se manifester et par la gravité des manifestations qu'elles déterminent.

Les *seminaria* peuvent se transmettre par contagion directe d'un organisme malade à un organisme sain, par amorces (*fomite*) c'est-à-dire par l'intermédiaire d'objets (vêtements, bois, etc... *quæ incorrupta quidem ipsa existentia conservare nihilominus apta sunt contagionis seminaria et per ipsa afficere*) ou bien *à distance*, à travers l'air.

Par *contagion directe*, et par *fomite* se transmettent la gale, la lèpre, les maladies en aires ; *à distance*, et en outre par contagion directe et par « fomite » : les fièvres pestilentielles, la phtisie, la variole, certaines ophtalmies, etc...

Le savant médecin véronais fixe les périodes d'incubation des diverses maladies contagieuses et entrevoit les lois de l'immunité. Il établit que les contagions peuvent affecter soit les plantes, soit les animaux, et, parmi ces derniers, certaines l'homme seul, d'autres au contraire divers animaux ; dans une même espèce, certains contages frappent les jeunes, d'autres les vieux, ou plus volontiers les mâles ou bien les femelles. Au milieu des épidémies, il en est qui demeurent indemnes bien qu'ils s'exposent à la contagion. Et à ce propos, il se demande *utrum pestilentiis assuescere possimus sicuti venenis.*

Le contage est lié au corps vivant *mortuum autem animal contagem eam non servat, qua tenebat vivens, quia seminaria contagionis una cum calore innato extincta sunt* mais il peut se conserver sans changer de nature et conserver son activité hors de l'organisme, sur les corps morts, pendant des mois et des années.

Fracastor a des intuitions vraiment surprenantes : il affirme par exemple que les maladies qui se manifestent sur la peau, comme la gale, le pityriasis, la lèpre, les dermatoses en aires, sont dues à des *seminaria crassiora*, tandis que *seminaria quæ intima petunt sunt subtilioria et aeria magis et ad spiritualia magis analoga.*

Il semble qu'il devine presque l'existence des infiniment petits qui échappent encore à nos méthodes de recherche ! Et il semble entrevoir le secret des fermentations lorsqu'il affirme que les contages consistent dans une putréfaction spéciale dans laquelle les particules ne se corrompent pas, de la même manière que le vin ne se putréfie pas, mais se transforme en vinaigre.

Fracastor établit donc, dans un éclair de génie, les bases de la bactériologie, la science qui devait, trois siècles plus tard, trouver, par l'œuvre d'un autre Italien, Agostino Bassi, le premier fondement expérimental solide, et, par la suite, grâce au génie de Pasteur et de Koch, s'orienter vers les grandes conquêtes si utiles à l'humanité.

Le *De contagione* est divisé en plusieurs chapitres dans lesquels sont examinées les maladies contagieuses les plus communes.

Un des plus intéressants est celui qui concerne la phtisie. Fracastor est le premier auteur qui affirme nettement la contagiosité de la tuberculose. Des personnes saines, écrit-il, qui n'ont jamais souffert de pleurite, ni d'ulcérations autour de la poitrine, ni d'autres

maladies, peuvent contracter la contagion par la cohabitation avec des phtisiques, *convictu cum phtisico* ou par *fomite* (1) (foyers) c'est-à-dire par voie indirecte. Il est surprenant dit-il de constater avec quelle ténacité et pour combien de temps le virus de la phtisie se conserve dans son foyer, de telle manière que les vêtements, qui ont été endossés par le phtisique, ont été vus apporter la contagion après deux années, et de la même manière se comportent la chambre d'habitation, les lits, les tables, là où le phtisique est mort. Il ne méconnaît pas le facteur héréditaire dans la tuberculose, et il parle de familles dans lesquelles pendant 4, 5, 6 générations, la maladie a sévi, faisant d'habitude ses victimes au même âge, mais il met surtout en relief l'importance de la contagion.

Combien de siècles n'a-t-il pas fallu pour que les idées si claires de ce grand précurseur pussent être accueillies et former les bases de la prophylaxie de la maladie !

Dans le *De Contagione* est contenue la première description vraiment parfaite d'une grave maladie épidémique qui, durant la dernière guerre, a déterminé encore de graves ravages, le typhus pétéchial, qui pourrait avec juste raison porter le nom de *maladie de Fracastor* ; on y trouve aussi décrites exactement les maladies contagieuses des animaux, par exemple l'aphte épizootique.

On peut appeler classique le court chapitre sur la syphilis, qui est contenu dans le *De Contagione*, plein de remarques précises, qui, encore aujourd'hui trouvent confirmation dans nos observations et dans nos expériences.

Le résumé que je viens de faire de l'œuvre de Fracastor est suffisant je crois, bien que sommaire et rapide, pour démontrer que le grand Véronais a excellé dans tous les domaines où s'est exercée son activité.

Grand poète, émule de Virgile, astronome qui, scrutant et recherchant avec profit dans les cieux, a ouvert la voie aux découvertes ultérieures ; physicien et ingénieur hydraulique de haute valeur, fondateur de la science géologique, philosophe aux vues claires qui ouvrent l'esprit de l'homme à la recherche du vrai, il mérite certainement une des premières places parmi les grands esprits de la

(1) *Fomite* mot italien de la Renaissance peu usité actuellement, dérivé du latin *fomes*, source, foyer, amorce, dans le sens de : ce puits est un foyer d'infection.

Renaissance qui ont contribué à imprimer à la pensée humaire ce caractère d'unité et d'harmonie entre la spéculation et la science, d'où a pris sa source l'immense progrès moderne.

La médecine peut le considérer comme un de ses plus grands adeptes. Dans le domaine médical, bien que sa pensée ne soit pas complètement libérée des influences de la scholastique et de l'apriorisme des Anciens, il a pu néanmoins marquer une trace impérissable.

Son œuvre et sa figure occupent dans l'histoire de la science une position privilégiée. Ce sont l'œuvre et la figure d'un précurseur, qui ouvre à la pensée humaine la grande voie de la vérité, et à la médecine les horizons les plus vastes, et prépare les merveilleux progrès qui ont été accomplis, dans des temps plus rapprochés de nous, avec l'aide des moyens modernes d'étude et de recherche.

C'est avec juste raison qu'un biographe anglais, Singer, a appelé Fracastor le *Père de la Pathologie moderne.*

Jérôme Fracastor a en outre un autre grand titre à la vénération des Italiens :

Il a été un des rares qui ont su, dans des temps de servage et d'abjection politique, conserver et exprimer des sentiments de pure italianité.

Le premier livre de son poème se termine par une invocation à la Patrie, qui est parmi les plus profondément senties et poétiquement des plus belles entre celles que rappelle notre littérature, digne d'être comparée aux chants célèbres de Pétrarque et de Léopardi.

On y sent le cri de désespoir du grand Italien qui voit la patrie opprimée par les barbares et déchirée par les discordes et qui soupire après le réveil de son antique grandeur.

Pour cela aussi, nous autres Italiens, nous tenons à rappeler et à célébrer en lui dignement une de nos gloires les plus pures et les plus resplendissantes.

LA PARALYSIE GÉNÉRALE DANS LA POPULATION RURALE FRÉQUENCE ET REMARQUES ÉTIOLOGIQUES

Par A. SÉZARY et A. BARBÉ.

Il nous a paru intéressant de faire une enquête sur la fréquence comparée de la paralysie générale dans les départements dont la population est presque exclusivement urbaine (industrielle et commerçante), ou mixte, ou essentiellement rurale (agricole et villageoise). Nous avons pensé qu'une telle étude pourrait nous donner des renseignements utiles sur l'étiologie et la pathogénie de la maladie de Bayle.

Nous avons adressé un questionnaire aux médecins-directeurs et médecins-chefs des asiles publics d'aliénés ou établissements publics similaires, au nombre total de 87 (1).

A nos demandes nous avons reçu 35 réponses (2), dont deux, celles des asiles d'Armentières (Nord) et de Lorquin (Moselle), ne peuvent entrer en ligne de compte du fait de la guerre et dont les chiffres de ce fait, comme nous l'ont fait remarquer les médecins-chefs eux-mêmes, ne sont pas valables.

Il reste donc 33 réponses utilisables.

Voici quelles étaient les questions posées à nos correspondants :

« Combien avez-vous reçu de paralytiques généraux dans votre établissement entre le 1er janvier 1920 et le 31 décembre 1929, soit pendant une période de dix ans ?

Sur ce chiffre global, combien y avait-il d'hommes ? de femmes ?

(1) Nous avons exclu de cette statistique le département de la Seine (dont nous parlerons cependant plus loin, mais à titre de comparaison) et les colonies (à cause de l'incertitude des chiffres).

(2) Nous remercions nos collègues de la complaisance qu'ils ont mise à nous répondre. On trouvera leurs noms dans le tableau que nous publions plus loin.

Sur ce chiffre global, combien d'hommes, de femmes exerçaient une profession agricole ?

Depuis combien de temps ces derniers vivaient-ils à la campagne ?

Leur paralysie générale est-elle apparue pendant qu'ils étaient encore employés à des travaux agricoles ?

Dans la population ressortissant à l'asile, la paralysie générale augmente-t-elle de fréquence chez les habitants de la campagne ?

Voyez-vous autre chose à ajouter ? »

Le tableau que nous donnons ci-contre résume les réponses fournies.

*
* *

Voici ce que nous apprennent les réponses que nous y relatons :

I. Le nombre des départements dont les médecins-chefs d'asiles nous ont adressé une réponse s'élève à 29. De quatre départements, nous avons reçu deux réponses concernant l'une le service d'hommes, l'autre le service de femmes. Notre statistique porte donc sur 33 services répartis dans 29 départements.

II. Le nombre total de paralytiques généraux admis dans ces 33 services pendant la période décennale allant du 1er janvier 1920 au 31 décembre 1929 s'élève à 3.117.

Cependant, pour deux départements, la statistique porte sur une période moins longue. Celle du Maine-et-Loire ne porte que sur deux années (1928 et 1929) ; celle de l'Oise, sur six années (1924 à 1929 inclus).

III. Le chiffre total de ces 3.117 admissions pour paralysie générale se répartit en 2.302 hommes et 815 femmes.

Sur les 3.117 entrées pour paralysie générale, il y a un total de 323 malades exerçant une profession agricole, soit 10,36 o/o.

Sur ces 323 paralytiques généraux agriculteurs, nous comptons 263 hommes (c'est-à-dire 81,42 o/o) et 60 femmes (c'est-à-dire 18,58 o/o).

IV. On voit que les deux départements ayant le plus grand nombre d'entrées pour paralysie générale de toute origine, urbaine et rurale (1), sont :

(1) Nous croyons nécessaire de ne pas tenir compte, pour l'interprétation des résultats, de ceux obtenus dans le département de l'Oise, d'abord parce qu'il reçoit un grand nombre de malades venant de la Seine-et-Oise, ce qui fausse les chiffres propres à ce département, ensuite parce que sa statistique ne porte que sur six années.

Nom du département et du Médecin-chef de l'Asile	Nombre des paralytiq. généraux entrés pendant dix ans du 1er janvier 1920 au 31 décembre 1929	Répartition par sexe		Nombre des paralytiques généraux ayant exercé une profession agricole		Date depuis laquelle ces derniers vivaient à la campagne		Leur paralysie générale est-elle apparue pendant qu'ils travaillaient à la terre?	La paralysie générale augmente-t-elle de fréquence dans la population agricole?	Observations
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			
Ain (Sainte-Madeleine) (Femmes) (Dr Dalmas).	52		52		0					Le recrutement des paralytiques généraux provient presque exclusivement de la population industrielle.
Ain (Saint-Georges) (Hommes) (Dr Adam).	92	92		11, soit 12 o/o		depuis leur naissance		oui	non	
Allier (Dr Ricoux).	61	49	12	1 soit 2,25 o/o	0				non	La paralysie générale augmente dans les villes, mais pas à la campagne.
Calvados (Drs Tissot et Corcket).	117	91	26	10, soit 11 o/o	3, soit 11,5 o/o	depuis toujours	depuis toujours	oui	non	
Cantal (Dr Chanal).	21	20	1	9 soit 45 o/o	0	toujours		oui	non	Le nombre des paralytiques généraux paraît peu élevé relativement au nombre des entrées.
Cher (Bourges) (Dr Vernet).	60	49	11	4 soit 8,16 o/o	1 soit 9,09 o/o	toujours	toujours	oui	non	La population est essentiellement agricole, sauf Bourges et Vierzon.
Cher [illegible] (Dr Pasturel).	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
Finistère (Hommes) (Dr Lagriffe).	57	57		9, soit 15,79 o/o		toujours		oui	non	
Gers (Dr Robert).	29	20	9	5, soit 25 o/o	0	on ne sait pas		oui	est en décroissance	
Ille-et-Vilaine (Drs Guillerm et Quercy).	50	37	13	5 soit 13,78 o/o	4 soit 30,7 o/o	toujours	toujours	Hommes : oui. Femmes : pour 2, oui	Hommes ? Femmes : non	La paralysie générale est peu fréquente chez l'indigène stable.
Isère (Drs Jourdran et Boyer).	187	125	62	5, soit 4 o/o	1, soit 1,61 o/o	toujours	toujours	oui	non	
Jura (Dr Santenoise).	199	116	83	10 soit 8,62 o/o	6 soit 7,22 o/o	toujours	toujours	oui	non	La paralysie générale augmente de fréquence dans la population urbaine.
Landes (Dr Mahon).	31	22	9	1 soit 4,54 o/o	3 soit 33,3 o/o	toujours	toujours	oui	non	Diminution de la paralysie générale dans les Landes.
Loir-et-Cher (Dr Olivier).	79	64	15	12, soit 18,75 o/o	0	toujours		oui	non	
Loiret (Dr Mézie).	126	92	34	36, soit 39,13 o/o	14, soit 41,17 o/o				oui	
Lot-et-Garonne (Dr Mouchette).	77	56	21	10 soit 17,85 o/o	1 soit 4,76 o/o	toujours	toujours	oui	non	

Nom du département et du Médecin-chef de l'Asile	Nombre des paralytiq. généraux entrés pendant dix ans du 1er janvier 1920 au 31 décembre 1929	Répartition par sexe		Nombre des paralytiques généraux ayant exercé une profession agricole		Date depuis laquelle ces derniers vivaient à la campagne		Leur paralysie générale est-elle apparue pendant qu'ils travaillaient à la terre ?	La paralysie générale augmente-t-elle de fréquence dans la population agricole ?	Observations
		Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes			
Maine-et-Loire (Dr Baruk).	23	18	5	5 soit 27,7 o/o	o	toujours		oui	oui	La statistique de ce département ne concerne que les deux années 1928 et 1929.
Manche (Pontorson) (Dr Dupont).	13	10	3	3, soit 30 o/o	o	toujours		oui		Grande rareté de la paralysie générale.
Manche (Pont-Labbé-Picauville) (Dr Viel).	30	24	6	o	o				non	Rareté des affections syphilitiques.
Marne (Dr Pezet).	165	128	37	14 soit 10,95 o/o	6 soit 16,21 o/o	impossible de répondre		oui	non. Situation stationnaire	
Mayenne (Dr Sizaret).	18	8	10	6, soit 75 o/o	7, soit 70 o/o	toujours	toujours pour 6	oui	non	
Morbihan (Dr Salomon).	52	44	8	3 soit 6,81 o/o	o			oui, pour 2 hommes	non	Très peu de paralytiques généraux ; ceux-ci viennent surtout du port de Lorient.
Oise (service d'hommes) [illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]					[illegible]
Pyrénées (Basses) (Dr Monester).	110	83	27	5, soit 6,02 o/o	1, soit 3,7 o/o	toujours	toujours	oui	non	
Rhin (Bas) (Dr Frankhauser).	233	175	58	9, soit 5,14 o/o	o			oui	non	
Savoie (Dr Burle).	79	71	8	14, soit 19,7 o/o	2, soit 25 o/o	toujours	toujours	oui	non	
Seine-Inférieure (Saint-Yon) (femmes) (Dr X.).	100		100		o		o			
Seine-Inférieure (Quatre-Mares) (Hommes) (Drs Hamel et Usse).	357	357		25 soit 7 o/o		toujours		oui	diminution de fréquence	
Sèvres (Deux) (Dr Trivas).	35	32	3	3 soit 9,37 o/o	o	toujours		oui	impossible de répondre	
Tarn (Dr Pailhas).	56	32	24	8, soit 25 o/o	5, soit 20,7 o/o	toujours	toujours	oui	non	
Tarn-et Garonne (Dr Vallet).	36	25	11	6, soit 24 o/o	5, soit 45,4 o/o	toujours	toujours	oui	non	
Vendée (Dr Damaye).	40	29	11	3, soit 10,35 o/o	o	toujours		oui	non	
Yonne (Dr Charpentier).	50	43	7	9, soit 20,9 o/o	1, soit 14,2 o/o	toujours	toujours	oui	non	

1° La Seine-Inférieure, avec 457 entrées, soit une moyenne annuelle de 45,7 entrées ;

2° Le Bas-Rhin, avec 233 entrées, soit une moyenne annuelle de 23,3 entrées.

Les deux départements ayant les chiffres d'entrées les plus faibles sont :

1° La Mayenne, avec 18 entrées, soit une moyenne annuelle de 1,8 entrée ;

2° Le Cantal, avec 21 entrées, soit une moyenne annuelle de 2,1 entrées.

Or, les deux premiers ont une population en grande majorité citadine, commerciale et industrielle, tandis que les deux derniers ont une population presque exclusivement rurale et agricole.

Ces chiffres n'ont d'ailleurs pas une valeur absolue. Il faut les interpréter d'abord par rapport à la population totale de ces départements. Celle-ci était, en 1929, la suivante :

Seine-Inférieure . . .	885.299 habitants.
Bas-Rhin	670.985 habitants.
Mayenne	259.934 habitants.
Cantal	196.999 habitants.

Ainsi donc, dans la Seine-Inférieure, il y a chaque année un paralytique général interné pour 19.387 habitants.

Dans le Bas-Rhin, il y a un paralytique général interné chaque année pour 28.784 habitants.

Dans la Mayenne, il y a chaque année un paralytique général interné pour 144.407 habitants.

Dans le Cantal, enfin, il y a un paralytique général interné chaque année pour 93.809 habitants.

Si maintenant l'on prend la proportion de paralytiques généraux ayant exercé une profession agricole par rapport au nombre total des paralytiques généraux internés, on voit qu'il y a, pour les dix années :

Dans la Seine-Inférieure, 25 ruraux sur 457 paralytiques généraux, soit 5,49 o/o ; dans le Bas-Rhin, 9 ruraux sur 233, soit 3,86 o/o ; dans la Mayenne, 13 ruraux sur 18, soit 52,22 o/o ; dans le Cantal, 9 ruraux sur 21, soit 42,85 o/o.

Ainsi donc, *la paralysie générale est rare dans la population rurale.*

Cependant, dans les départements agricoles, sa fréquence est en relation directe avec le nombre des habitants ruraux. Autrement dit, la *profession agricole ne met pas les syphilitiques à l'abri de la paralysie générale.* C'est un point intéressant sur lequel nous reviendrons plus loin.

V. A la question : « Depuis combien de temps les paralytiques généraux vivaient-ils à la campagne ? », la réponse (quand elle a été formulée d'une façon précise) disait que ces malades avaient *toujours* vécu à la campagne, exception faite pour le temps de service militaire et le temps de guerre. La cause d'erreur tenant à un travail prolongé dans les villes se trouve ainsi écartée.

VI. A la question : « Leur paralysie générale est-elle apparue pendant que les malades étaient encore employés à des travaux agricoles ? » la réponse a été dans tous les cas : *oui.* Cette réponse est encore intéressante à noter, car elle élimine une nouvelle cause d'erreur possible dans l'interprétation de nos statistiques.

VII. A la question : « La paralysie générale augmente-elle de fréquence dans la population *agricole* ? », les réponses sont au nombre de 28. Deux sont affirmatives, vingt-quatre disent qu'il n'y a pas d'augmentation, deux enfin disent qu'elle est en décroissance.

VIII. L'opinion de la plupart de nos correspondants est que si la paralysie générale augmente de fréquence dans les villes, elle n'augmente pas dans les campagnes. Elle est très rare dans les départements agricoles. Elle y est peu élevée relativement au nombre des autres psychopathies.

*
* *

Quand la population d'un département est mixte (citadine et rurale, en proportions à peu près équivalentes), le recrutement des paralytiques généraux est, dans l'immense majorité des cas, d'origine citadine. Le tableau suivant le démontre avec évidence.

Nom du département et chiffre de sa population totale	Statistique générale concernant les paralytiques généraux internés dans ce département		Paralysie générale citadine dans ce département			Paralysie générale rurale dans ce département		
	Nombre total des admissions en 10 ans	Moyenne annuelle d'entrées par rapport à la population totale	Population urbaine (Villes de plus de 5 000 hab.) et pourcentage de celle-ci par rapport à la population totale	Nombre total des citadins internés en 10 ans pour paralysie générale	Proportion des citadins internés pour paralysie générale par rapport à la population urbaine pendant ces 10 années	Population rurale (villes et villages de moins de 5.000 hab.) et pourcentage de celle-ci par rapport à la population totale	Nombre total des ruraux internés en 10 ans pour paralysie générale	Proportion des ruraux internés pour paralysie générale par rapport à la population rurale
Cantal 196.999 hab.	21	1 pour 93.800 hab.	22.354 hab., soit 11 o/o	12	1 pour 18.628 hab. des villes	174.645 hab., soit 89 o/o	9	1 pour 194.050 hab. de la campagne (1)
Landes 263.111 hab.	31	1 pour 84.874 hab.	24.519 hab., soit 9 o/o	27	1 pour 9.081 hab. des villes	238.592 hab., soit 91 o/o	4	1 pour 596 480 hab. de la campagne (1)
Mayenne 259.934 hab.	18	1 pour 144 407 hab.	43.130 hab., soit 16 o/o	5	1 pour 82.260 hab. des villes	216.804 hab., soit 84 o/o	13	1 pour 166.770 hab. de la campagne
Morbihan 543.157 hab.	52	1 pour 104.453 hab.	77.791 hab., soit 14 o/o	49	1 pour 15 875 hab. des villes	465.366 hab., soit 86 o/o	3	1 pour 1.551.220 hab. de la campagne (1)
Seine-Inférieure 885.299 hab.	457	1 pour 19.415 hab.	473.603 hab., soit 53 o/o	432	1 pour 1 096 hab. des villes	411.696 hab., soit 47 o/o	25	1 pour 164.678 hab. de la campagne

(1) On voit que le chiffre annuel d'admissions pour paralysie générale ne représente même pas un cas de paralysie générale pour toute la population agricole de ce département. Il est de 0,9 pour toute la population rurale du Cantal, de 0,4 pour toute la population rurale dans les Landes et de 0,3 pour toute la population rurale dans le Morbihan.

Ces chiffres se passent de commentaires. Ils montrent que :

1° Lorsque la population est en immense majorité rurale (Cantal : 89 o/o; Landes : 91 o/o), il y a cependant une énorme disproportion entre le nombre de paralysies générales chez les habitants des villes et de la campagne, le nombre des paralytiques généraux citadins étant beaucoup plus considérable que celui des paralytiques généraux ruraux.

2° Lorsque la population rurale et la population urbaine sont à peu près égales (Seine-Inférieure : 47 o/o et 53 o/o), la proportion des paralytiques généraux urbains est incomparablement plus élevée que la proportion des paralytiques généraux ruraux.

*
* *

Ces données statistiques étant ainsi établies et interprétées, quelles conclusions pouvons-nous en tirer quant à l'étiologie de la paralysie générale?

Un premier point sur lequel nous voulons insister, c'est que la paralysie générale peut atteindre les campagnards comme les citadins et que les agriculteurs ne sont pas à l'abri de la méningo-encéphalite syphilitique.

Cette affirmation pourrait surprendre ceux qui font jouer au surmenage intellectuel un rôle important dans la pathogénie de cette affection. Nous nous sommes élevés en 1927 contre cette opinion (1) et disions déjà à cette époque : « C'est un lieu commun de lire, dans tous les ouvrages qui traitent des causes de la paralysie générale, que l'effort intellectuel, les soucis et le surmenage mental prédisposent à cette affection. Les auteurs en concluent que certaines professions, dans lesquelles cet effort est nécessaire, facilitent l'apparition de la paralysie générale. En faveur de cette opinion, on fait valoir la fréquence de la paralysie générale chez les littérateurs, les musiciens, les hommes politiques en vue. Mais on omet de signaler que l'affection n'est pas plus rare chez les petits bourgeois, employés, ouvriers, manœuvres, etc. A notre avis, c'est là une simple vue de l'esprit qui flatte l'imagination, qui paraît très

(1) Barbé et Sézary. L'effort intellectuel prédispose-t-il à la paralysie générale? *La Médecine*, février 1927, 8e année, n° 15, p. 351.

soutenable en théorie, mais qui ne correspond nullement à la réalité des faits ».

Pour essayer de nous faire une opinion sur ce sujet, nous avons recherché dans les dossiers de l'hospice de Bicêtre les éléments permettant de nous éclairer sur ce point. Nous avons dépouillé un grand nombre d'observations (325 au total), et nous avons constaté ce qui suit.

Nous avons d'abord noté combien est peu élevé, dans notre statistique d'hospice, le nombre des paralytiques généraux qui sont des intellectuels ou qui même, plus modestement, ont eu à fournir un certain travail mental.

Sur 266 malades dont les occupations ont pu être précisées, 17 n'exerçaient aucun métier. Sur les 249 restants, 36 seulement exerçaient une profession demandant un certain travail intellectuel. Les 213 autres avaient un métier manuel, ne nécessitant aucune tension d'esprit.

L'interrogatoire des familles et l'examen des dossiers nous ont montré que, dans l'immense majorité des cas, ces sujets n'ont fourni aucun effort intellectuel dans les mois ou les années qui ont précédé l'apparition des troubles mentaux. Nous disons : « dans l'immense majorité des cas », car il est cependant quelques observations où cet effort a existé, mais c'est l'exception, et il semble bien que l'on soit en droit, en raison de cette rareté, de considérer comme négligeable cette cause possible.

Ainsi dans ce travail pouvions-nous conclure : « En résumé, nous ne croyons pas que l'effort intellectuel prédispose à l'apparition de la paralysie générale. Il est possible qu'il joue parfois un rôle, mais celui-ci est trop lointain, trop rare et trop discutable pour que l'on puisse vraiment en tenir compte. A notre avis, les notions de profession, de surmenage mental et de fatigue cérébrale sont à rejeter du premier plan de l'étiologie de la paralysie générale ».

Les résultats que nous venons d'enregistrer à propos de la paralysie générale des agriculteurs confirment l'opinion que nous avions déjà ainsi exprimée.

*
* *

Certains auteurs voient dans l'exposition des téguments à la lumière, aux intempéries, aux traumatismes, une cause de protection contre la paralysie générale (parce qu'elle favoriserait la fixation des tréponèmes à la peau où se réaliseraient les réactions d'immunité les plus intenses). Certains d'entre eux comme M. Montpellier, expliquent en partie la rareté de la neurosyphilis chez les Arabes de l'Afrique du Nord par l'exposition constante de leur corps à la lumière et aux intempéries.

Cette explication, séduisante au premier abord, n'est pas corroborée par les faits que nous venons de rapporter.

*
* *

La disproportion entre la fréquence de la paralysie générale à la ville et à la campagne, tient, croyons-nous, tout simplement à ce fait que la syphilis est plus répandue à la ville qu'à la campagne.

Il est malheureusement difficile de se rendre compte d'une façon certaine, c'est-à-dire à l'aide de statistiques sûres, de la fréquence de la syphilis dans les campagnes. Nous manquons de données précises sur ce point.

Cependant nous trouvons dans un excellent rapport de M. Cavaillon, publié en 1928 (1), des renseignements intéressants à ce sujet.

Nous avons pu totaliser le nombre de syphilitiques traités dans trois départements : l'un, dont la population est essentiellement agricole, la Mayenne ; le second, dont la population est à la fois agricole et urbaine (du fait de son port important), le Morbihan ; le troisième, dont la population habite surtout des centres industriels, la Seine-Inférieure.

Nous avons dressé un tableau où nous opposons d'une part le nombre des paralytiques généraux admis annuellement dans les asiles de ces départements, d'autre part le nombre des cas de syphilis récente traités dans les dispensaires de la ville principale de ces mêmes départements. Nous ne nous faisons aucune illusion sur

(1) Cavaillon. *Rapport présenté à la conférence sociale contre la syphilis*, 29-31 mai 1928, Nancy (Berger-Levrault, éditeur, pp. 57-154).

Nom du département et chiffre de sa population totale	Statistique concernant la *paralysie générale*		Statistique concernant les cas de *syphilis récente*			
	Moyenne annuelle des entrées pour paralysie générale pendant les 10 ans	Moyenne annuelle des entrées pour paralysie générale par rapport à la population totale du département	Ville du dispensaire et sa population	Pourcentage de la population de cette ville, par rapport à la population totale du département	Moyenne annuelle des consultations donnés dans cette ville pour syphilis récente pendant les 3 années 1924, 1925 et 1926	Pourcentage de la population ayant demandé des consultations pour syphilis récente pendant ces 3 années
Mayenne 259.934 habitants	1,8	1 paralytique général pour 144.407 habitants	Laval 28 029 habitants	10,7 o/o	3	1 pour 9.366 habitants
Morbihan 543.157 habitants	5,2	1 paralytique général pour 104.453 habitants	Lorient 41.592 habitants	7,65 o/o	16	1 pour 2.599 habitants
Seine-Inférieure 885.299 habitants	45,7	1 paralytique général pour 19.415 habitants	Rouen 122.898 habitants	13,8 o/o	110	1 pour 1.117 habitants

l'exactitude absolue de ces derniers chiffres, mais ils ont une valeur relative et suffisante pour permettre la comparaison.

Ces chiffres paraissent bien démontrer que, comme on pouvait aisément le prévoir (mais il n'y a pas de supposition qui ne mérite une démonstration) :

a) plus une ville est peuplée (c'est-à-dire a une densité marquée de population), plus le pourcentage des cas de syphilis récente est important ;

b) plus la syphilis est répandue dans un département, plus la paralysie générale y est fréquente.

Ainsi donc, la fréquence plus grande de la paralysie générale dans les villes nous paraît liée avant tout à la fréquence plus grande de l'infection syphilitique.

L'agglomération urbaine favorise les rapprochements sexuels, augmente les causes de contamination et est une cause capitale de morbidité syphilitique.

L'importance de tous les autres facteurs, en particulier de l'insuffisance des traitements dont le rôle n'est cependant pas négligeable, nous paraît socondaire en regard de ce rôle prédominant que joue l'influence de la fréquence de la syphilis sur la fréquence de la paralysie générale.

*
* *

Si l'on essaie maintenant de comparer les chiffres fournis par le département le plus atteint par la paralysie générale et par la syphilis, avec ceux du département de la Seine, on voit que les chiffres recueillis dans ce dernier, quoique très sujets à discussion, sont encore plus probants.

D'après le rapport de M. Cavaillon, les cas de syphilis primaire constatés en 1926 se sont élevés, dans les services antisyphilitiques de l'Assistance publique, à 4.201. D'autre part, le nombre de malades nouveaux examinés à l'Institut prophylactique cette même année a été de 7.671.

Si l'on considère que l'épithète de « syphilis primaire » peut représenter un chiffre inférieur à celui des « syphilis récentes » constatées dans les dispensaires départementaux, et si l'on note d'une part que le terme de « malades nouveaux » donné par l'Institut prophylactique est peu explicite, d'autre part que M. Cavaillon

rejette les chiffres donnés par l'Hôpital Cochin comme étant excessifs et que, de plus, il y a un nombre énorme de malades qui échappent à ces deux ordres de statistiques, on peut admettre qu'en les totalisant on est très probablement au-dessous de la réalité.

Cependant, si l'on additionne ces deux chiffres (qui doivent représenter un effectif inférieur à la réalité), on voit que pour 1926, on se trouve en présence d'un nombre de 11.872 cas de syphilis récente, ou tout au moins récemment diagnostiqués.

Si maintenant, on établit pour le département de la Seine, la même statistique que pour les trois précédents, on voit que sur une population totale de 4.628.637 habitants, presque entièrement urbaine, il y a eu en 1927, 624 admissions pour paralysie générale, soit 1 paralytique général interné *dans les asiles* pour 7.417 habitants, et qu'il y a eu une consultation pour syphilis récente pour 389 habitants, ce qui corrobore les remarques que nous avons faites antérieurement, à propos de la Seine-Inférieure.

*
* *

De cette étude statistique, nous pouvons tirer les conclusions suivantes :

1° La paralysie générale existe dans la population rurale, mais elle y est rare.

2° Le nombre des admissions pour paralysie générale dans les asiles d'aliénés des départements est en rapport avec l'importance de la population urbaine.

Plus le nombre des citadins est élevé dans un département, plus le pourcentage des paralytiques généraux y est important.

3° Dans un département, le nombre des paralytiques généraux est en rapport avec le nombre des syphilitiques.

4° Or, précisément, la proportion de ceux-ci est d'autant plus importante que le pourcentage de la population urbaine par rapport à la population rurale est plus élevé.

5° C'est la rareté relative de la syphilis dans les campagnes qui explique la rareté relative de la paralysie générale dans la population rurale.

6° Les habitants de la campagne ne sont cependant pas à l'abri de la paralysie générale. Ceci montre bien que le rôle du surmenage intellectuel dans l'étiologie de la paralysie générale n'a pas une grande importance, ainsi que nous l'avons déjà soutenu.

SUR LA VALEUR DIAGNOSTIQUE DE LA TUBERCULO-RÉACTION LOCALE RÉPÉTÉE

Par le Docteur Henri REISS,
Assistant de la clinique dermatologique de l'Université Jagiellone, à Cracovie,
Directeur : M. le Docteur F. Walter.

Il y a quelques difficultés dans le diagnostic de la tuberculose par la réaction cutanée locale chez les adultes. Car si une réaction locale négative exclut l'existence d'un foyer tuberculeux actif dans l'organisme, la réaction locale positive, par. contre, ne nous prouve rien encore; on doit admettre la possibilité d'une réaction cutanée non spécifique provenant de la tuberculine comme albumine hétérogène. C'est seulement la réaction du foyer qui est d'une valeur extrême, mais pour provoquer celle-ci, on devrait employer des quantités importantes de tuberculine, ce qui n'est pas sans danger pour le malade.

Dans les cas de tuberculose infantile où la réaction cutanée locale a conservé sa valeur diagnostique, déjà Pirquet a essayé d'évaluer le degré d'activité de la maladie en utilisant cette réaction comme moyen diagnostique. Erlemann et Erlander ont noté qu'on peut se rendre compte de l'activité et du pronostic du processus tuberculeux en examinant les résultats d'inoculations cutanées qui ont été répétées une seconde fois après quelque temps passé. Aux mêmes résultats (moins exacts) sont arrivés d'autres auteurs : Ostenfeld, Kœgel, Grundt, etc.

En examinant la question de la valeur des réactions cutanées locales comme moyen diagnostique du degré d'activité du processus tuberculeux dans l'organisme en général et dans la peau en particulier, Schwenke et Bessau sont parvenus à des résultats plus clairs. Ces auteurs répétèrent après quelque temps les inoculations

de tuberculine sur les malades et en s'appuyant sur les différences et le degré de celles-ci, ils indiquèrent le degré d'activité du processus tuberculeux. Ces auteurs s'appuyèrent sur la notion théorique, qu'en cas d'existence d'un foyer tuberculeux actif (contenant des bacilles de Koch) dans l'organisme, ce foyer devrait produire sur le mécanisme réactif du tissu une action beaucoup plus effective, que la tuberculine injectée dans la peau ; le mécanisme spécifique défensif de l'organisme est prêt d'abord à détruire le foyer tuberculeux particulier; la tuberculine par contre, artificiellement injectée dans la peau, est d'un rôle secondaire, sa forme spécifique n'étant pas importante, elle provoque seulement un léger mouvement du mécanisme défensif et ne produit qu'une légère cutiréaction locale. Ce petit nombre de substances défensives, on ne peut plus l'augmenter en répétant les réactions cutanées locales, car ces substances sont entièrement utilisées contre le processus tuberculeux principal. Donc, le degré de laréaction locale répétée en cas de processus actif, ne peut être ni plus grand ni plus fort que le degré de la réaction première. Tandis que dans les cas de processus inactifs, la réaction locale provoquée par l'injection de tuberculine peut paraître comme augmentée même après un choc spécifique banal ; le mécanisme spécifique défensif de l'organisme ne s'engage pas tout entier pour détruire le foyer tuberculeux ; une fois artificiellement mis en œuvre par l'injection, il va produire contre la toxine tuberculeuse des forces beaucoup plus importantes, ce qui va réaliser une augmentation du degré de la réaction locale répétée. Enfin l'affaiblissement du degré de la réaction répétée, qu'on peut souvent obtenir chez les cachectiques, peut nous indiquer un affaiblissement de la force réactive du tissu et du mécanisme défensif en général.

Le procédé de la tuberculo-réaction locale répétée a été employé par Hamburger et Pringsheim. Hamburger confirma les résultats de Bessau par des examens d'enfants tuberculeux. Cet auteur considère l'égalité des degrés de la réaction première et de la réaction répétée comme un signe d'activité du processus tuberculeux ; d'autre part, il n'admet guère que l'augmentation de ce degré puisse être contraire au signe d'activité du processus.

Pringsheim confirma les résultats de Bessau, après avoir appliqué cette méthode chez 125 adultes actifs et inactifs.

Peu de temps après, Marchionini publia ses résultats obtenus avec

la méthode de Bessau, laquelle fut employée par lui dans des cas de tuberculose manifeste de la peau, puis dans quelques cas de lupus érythémateux ; il utilisait en même temps pour contrôle un certain nombre d'individus normaux ne présentant aucun signe de tuberculose interne ou externe.

Chez 11 o/o de ces individus, l'inoculation donna une réaction locale négative, tandis que les autres 89 o/o donnèrent une réaction positive. De ces mêmes individus normaux, alors qu'on leur appliquait la méthode d'inoculation répétée de Bessau — 14,61 o/o manifestèrent une réaction en faveur de l'activité du processus, tandis que 85,39 o/o donnaient une réaction en faveur de l'inactivité.

En ce qui concerne les cas de tuberculose manifeste de la peau, examinés par Marchionini à l'aide de la méthode de Bessau, 77 o/o d'individus donnèrent une réaction en faveur du processus actif 17,52 o/o en faveur du processus inactif, puis 11 o/o une réaction indifférente quant à la caractérisation du processus, mais parlant en faveur de la cachexie.

Parmi les cas de tuberculose manifeste de la peau, examinés par Marchionini, il y avait environ 75 o/o de lupus vulgaire, environ 10 o/o de scrofuloderme, 5 o/o de tuberculose indurée de Bazin, 4 o/o de tuberculose verruqueuse (Riehl-Paltauf), 2 o/o de tuberculose lichénoïde, 2 o/o de tuberculose papulo-nécrotique, enfin 0,5 o/o de tuberculose ulcéreuse. Les effets les plus exacts, selon la théorie de Bessau, l'auteur les obtint parmi les cas de lupus vulgaire et de scrofuloderme, c'est-à-dire que 82 o/o d'individus atteints de lupus et 80 o/o de scrofuloderme manifestèrent une réaction répétée égale à la première (réaction tuberculo-active de Bessau). Les autres espèces de tuberculose ne manifestèrent que des réactions moins exactes. Quant aux cas de lupus érythémateux, environ 10 o/o d'individus ne donnèrent aucune réaction positive, 57,16 o/o donnèrent une réaction tuberculo-inactive, 29 o/o une réaction tuberculo-active, enfin 3,55 o/o une réaction en faveur de la tuberculose des individus cachectiques. Ces derniers résultats correspondaient suffisamment avec l'aspect clinique ; en outre, parmi les cas de tuberculose active interne 100 o/o manifestèrent une réaction tuberculo-active de Bessau.

Profitant du matériel clinique à ma disposition, j'ai examiné la

méthode de la tuberculo-inoculation répétée sur 90 malades. J'ai employé le mode suivant (d'ailleurs indiqué par Bessau). Je faisais au malade deux inoculations intradermiques (au bras) de 0,1 cm³ de vieille tuberculine (Koch) suivies d'une troisième inoculation de sel physiologique (respect. d'eau carbolisée) comme contrôle. Comme réaction normale, je fixais le degré de celle-ci 48 heures après l'inoculation faite. Pour décrire le degré de la réaction, je marquais les limites, l'épaisseur (l'infiltration) et la rougeur de celle-ci. Graphiquement je marquais son degré comme on le marque d'ordinaire en employant la méthode de Mantoux-Escherich. Si l'inoculation première donnait un résultat négatif, je la répétais après quatre jours, en augmentant la concentration de la tuberculine (1 : 1.000-1 : 100), tâchant d'obtenir une réaction positive. Celle-ci, si je parvenais à l'obtenir, était répétée de nouveau après une semaine, la concentration restant celle avec laquelle j'avais réussi à obtenir le résultat positif. Si par contre dans l'inoculation première la concentration principale (1 : 10.000) donnait un résultat positif quelconque, cette même concentration était employée pour l'inoculation qui était répétée au bout d'une semaine; certes, on examina ensuite son degré de la même manière que celui de la réaction obtenue comme résultat d'inoculation première. Je tâchais ensuite de préciser la différence entre les réactions premières et les réactions répétées : je pouvais préciser une différence relative à leur degré et leur espèce ; les réactions pouvaient être, en outre, ou bien égales, ou bien la première pouvait être plus forte que la répétée, ou bien enfin la première pouvait être plus faible que la répétée. D'après Bessau *l'égalité* des deux réactions milite en faveur de l'existence d'un processus tuberculeux actif, *l'augmentation* de la réaction répétée signifie un processus inactif, tandis que *l'affaiblissement* de celle-ci nous indique un processus tuberculeux (indifférent quand à son activité) chez des individus cachectiques.

Parmi les malades, que j'avais à ma disposition, se trouvait d'abord un nombre important de sujets indifférents, pouvant servir comme contrôle. Ces individus étaient atteints de syphilis ou bien de maladies cutanées diverses. Pourtant, pour 30 o/o de ceux-ci, j'étais obligé de les juger comme tuberculeux, portant dans leur organisme (c'est-à-dire dans les poumons) un foyer spécifique inactif. Dans le nombre total des malades, destinés à l'examen,

24 o/o étaient atteint d'une tuberculose manifeste de la peau, c'est-à-dire 45 o/o de lupus, 30 o/o de scrofuloderme, 5 o/o d'érythème induré de Bazin, 5 o/o de tuberculose papulo-nécrotique, et 5 o/o de lupus érythémateux.

Chez les individus ne portant aucune trace de tuberculose j'obtins une augmentation de la réaction répétée (en faveur de l'existence d'un processus inactif) dans 40 o/o, une égalité des deux réactions (processus actif) dans 14 o/o, enfin un affaiblissement de la réaction répétée (cachectique) dans 28,50 o/o. Chez 17 o/o je n'obtins aucune réaction positive en général.

Chez les individus non atteints de tuberculose de la peau, mais portant quand même des traces inactives de tuberculose interne, j'obtins une réaction répétée augmentée, c'est-à-dire tuberculo-inactive d'après Bessau, dans 60 o/o, ensuite une réaction répétée affaiblie (tuberculo-cachectique) dans 20 o/o, enfin chez aucun d'eux je ne pus obtenir une réaction répétée égale à la première (tuberculo-active) ; chez 20 o/o je n'obtins aucune réaction positive en général.

Par contre, chez les individus atteints de tuberculose cutanée manifeste, j'obtins une réaction répétée, égale à la première (tuberculo-active) dans 50 o/o, une réaction répétée augmentée (tuberculo-inactive) dans 14,3 o/o, enfin une réaction répétée affaiblie (tuberculo-cachectique) dans 36 o/o. Il n'y en avait aucun parmi eux, qui n'avait pu manifester une réaction positive quelconque.

En ce qui concerne les cas de lupus érythémateux, ceux-ci étaient en trop petit nombre, pour que je puisse formuler, d'après leur examen, des résultats diagnostiques. Je peux ajouter seulement, que j'obtins chez tous une réaction répétée augmentée (tuberculo-inactive). Après avoir fait un examen clinique interne, on pouvait considérer la moitié de ces individus comme normale et non atteinte d'une espèce quelconque de tuberculose : l'autre moitié portait, par contre, des traces tuberculeuses inactives internes.

En conclusion de ceci peut-on admettre, que parmi les cas de contrôle, seulement 17 o/o, suivant les réactions locales, semblaient ne pas être atteints de tuberculose ? On pourrait l'expliquer de cette manière, à savoir que dans l'organisme de ces individus pouvaient exister des traces d'un ancien processus tuberculeux banal, dont le diagnostic, trop difficile ne pouvait être fait. Cepen-

dant, le fait que j'ai trouvé chez eux, selon la méthode de l'inoculation répétée, un processus actif dans 14 o/o, semble, sans aucun doute, affaiblir la valeur diagnostique de cette méthode, quant au processus tuberculeux actif.

En ce qui concerne les cas de tuberculose cutanée manifeste, on pourrait bien penser avoir obtenu plus de 50 o/o de réactions tuberculo-actives. Enfin, quant au nombre obtenu de réactions tuberculo-cachectiques (ce qui concerne par exemple beaucoup de cas de tuberculose manifeste, 36 o/o), on peut affirmer, en effet, que ces individus traités à l'hôpital, sont des personnes pauvres, mal nourries etc.; ces individus, atteints de tuberculose cutanée manifeste, c'étaient des enfants lupiques, des jeunes femmes maigres et mal nourries avec du scrofuloderme ou bien avec de la tuberculose papulo-nécrotique etc.; par contre les individus sans tuberculose manifeste, mais donnant une réaction tuberculo-cachectique, étaient, en général, des personnes mal développées, anémiques, pâles, amaigries, etc.

Quant aux variétés de tuberculose cutanée, le plus grand nombre de réactions tuberculo-actives fut obtenu chez les malades atteints de lupus et de scrofuloderme. Ces résultats confirment en général les examens de Marchionini. Quant aux autres espèces de tuberculose cutanée, le nombre des cas examinés n'est pas encore assez important, pour que j'en puisse préciser des résultats plus concrets.

Je voudrais enfin ajouter, que l'examen selon la méthode de Bessau réclame quelques précautions. Il n'est peut-être pas absolument nécessaire d'augmenter toujours la concentration des solutions employées de tuberculine en vue d'obtenir un résultat positif absolu. Je pourrais bien admettre encore une augmentation de concentration de 1 : 10.000 jusqu'à 1 : 1.000, chez les individus peu réagissants, pour obtenir enfin une réaction positive, si celle-ci est explicable, bien entendu. Mais en augmentant la concentration davantage, on peut bien provoquer des résultats non spécifiques. Je puis affirmer, que les individus avec tuberculose cutanée manifeste examinés par moi, manifestaient une réaction évidente déjà avec une solution de 1 : 10.000; tandis que les individus, chez lesquels j'ai réussi, en augmentant la solution, à obtenir par force une réaction positive, ne montraient aucun signe de tuberculose.

LUPOÏDES EN PLACARDS

FORME RARE DE LA MALADIE DE BŒCK DU TYPE A GROS NOYAUX, PROVOQUÉE PAR UN COUP VIOLENT ET SIMULANT LA LÈPRE

Par MM. N. N. DRACOULIDÈS et B. KÉLÉMÉNIS (d'Athènes).

Le cas que nous présentons, tire son intérêt clinique : 1° de la forme rare qu'il réalise, des lupoïdes de Bœck en placards du type à gros noyaux ; 2° du diagnostic différentiel très délicat qu'il exige afin de ne pas être confondu, surtout avec la lèpre ; 3° du rôle provocateur d'un coup violent à la suite d'une chute brusque.

Voici l'histoire de notre malade :

Historique : Styl. Ar..., âgé de 46 ans, né à Angora (Asie Mineure) résidant à Cojani (Macédoine), laboureur, est marié et père de trois enfants qui se portent bien. Ces enfants sont les derniers procréés, les trois premiers étant morts par entérite à l'âge de 6 à 12 mois ; la 4e gestation aboutit à une fausse-couche et le 5e enfant est mort de la petite vérole. Le malade, sa femme et ses parents, sont d'une santé parfaite ; son père est âgé de 95 ans.

L'histoire de sa maladie actuelle date de cinq mois. Un après-midi pluvieux il retournait à cheval chez lui ; le cheval fit un faux pas et le renversa brusquement à terre ; il se heurta fortement la tête mais sans la traumatiser ; pas une goutte de sang. Mais la chute fut si brusque qu'elle lui provoqua un vertige ; il resta à la suite évanoui pendant deux heures, après quoi il retrouva ses sens ; mais maintenant il sentait des douleurs de tête se propageant jusqu'à la nuque qui durèrent pendant 15 jours. Le 20e jour après l'accident il se sentait parfaitement bien ; aucune douleur ou autre trace de la chute n'existait. Tout était rentré dans l'ordre depuis 2 à 3 jours, quand une démangeaison envahit tout le corps, accompagnée d'un échauffement de la tête et d'une exaltation générale qui atteignit son maximum en 48 heures pour donner place à des éléments exanthématiques qui apparurent successivement sur tout le corps dans l'ordre suivant.

Le premier élément est apparu justement à l'endroit de la tête qui fut

heurté pendant la chute, 4 semaines avant, c'est-à-dire à la tempe gauche. Toute cette partie temporale et la partie gauche du visage furent envahies par une large plaque, rouge et œdématiée. Le jour suivant apparurent à la partie droite du visage, des nodosités massives, rondes et ovalaires, de la



Fig. 1. — Lupoïdes en placards (le grand élément de l'avant bras gauche).

même couleur rouge. Ces éléments, allant de la dimension d'un franc jusqu'à celle d'une pièce de cinq francs, étaient dispersés sur le front et la joue droite. Des éléments semblables massifs, rouges, brillants et pru-

rigineux apparurent ansuite sur tout le thorax tandis que le dos devint le siège de placards variant en dimensions, depuis une pièce de cinquante centimes jusqu'à une plaque de 10 centimètres de diamètre. Une très grande plaque (15 centim. de diamètre) ovalaire fit son apparition sur l'avant-bras gauche vers le coude et une pareille juste sur le genou gauche. A ce moment on peut compter plus de cent éléments sur tout le corps, dont quatre plaques très grandes, toutes les quatre à la partie gauche (tempe, avant-bras, dos, genou) qui reçut le coup pendant la chute de cheval.

Peu à peu ces éléments présentèrent à leur périphérie une infiltration plus accentuée qui formait un ourlet de couleur rouge brunâtre tandis que le centre, moins infiltré et de couleur rouge pâle vers le rouge bleuâtre, présentait une desquamation fine et abondante et sur les grandes plaques on notait de fines télangiectasies avec quelques points de pigment léger. Aucune ulcération.

Devant cette évolution le médecin traitant envoya le malade à Salonique afin de consulter un spécialiste. Là le diagnostic hésita entre la lèpre et la syphilis. Mais, comme la sécrétion nasale resta deux fois négative pour le Hansen, que les réactions Bordet-Wassermann et Hecht furent complètement négatives et un traitement d'épreuve par le Novar sans résultat, on ne fit pas un diagnostic mais on conseilla au malade de consulter les spécialistes d'Athènes.

Etat actuel : Nous avons vu ce malade adressé à nous par un de nos confrères. Actuellement il présente toutes les lésions décrites, quelques nodules sur le front et la joue et des placards, disséminés sur le thorax, le dos, les avant-bras et le genou. Sur les placards, qui présentent un ourlet à leur périphérie, nous distinguons une desquamation fine, des télangiectasies et une légère pigmentation par endroits.

De prime abord ce cas nous fait l'impression d'une lèpre parce qu'il existe un faciès quasi-léontiasique ; mais quand on dévêt le malade on se trouve devant la forme clinique des placards décrits qui change tout à fait l'aspect. Cependant la première impression de lèpre est si vive, que nous insistons pour son éclaircissement, malgré l'évolution très rapide et la démangeaison qui accompagne cet état. Nous étions d'autant plus incités à cette idée, que telle était aussi l'impression de deux collègues dermatologistes de notre ville auxquels nous avions montré ce cas (trois autres avaient fait des réserves) et de même avis était encore l'hôpital dermatologique Syggros qui malgré un troisième examen de la sécrétion nasal fait dans son laboratoire et resté négatif pour le Hansen, maintint le diagnostic de lèpre.

En effet, nous trouvons une anesthésie presque complète sur quelques éléments, mais la plupart des autres garde en entier sa sensibilité. Pas d'alopécie sourcilière. Nous examinons la sécrétion nasale au microscope après ingestion d'iodure de potassium. Ce quatrième examen reste négatif pour le Hansen. Aucune tuméfaction des ganglions, aucune ulcération des

placards. Mais, en examinant attentivement ces placards, nous trouvons par endroit, par la vitropression des grains jaunes translucides. Ce nouvel élément clinique nous oriente vers la tuberculose cutanée et nous reposons notre diagnostic sur la biopsie.



Fig. 2. — Lupoïdes en placards (le grand élément du dos, à gauche. Les points blancs qui sont au-dessous marquent l'endroit du prélèvement histologique).

Examen histologique : La biopsie faite dans le laboratoire histopathologique de la faculté par le docteur Elephtériou, montra au petit agrandissement (Zeiss : Obj. AA. Ocul. 1) des infiltrations cellulaires occupant

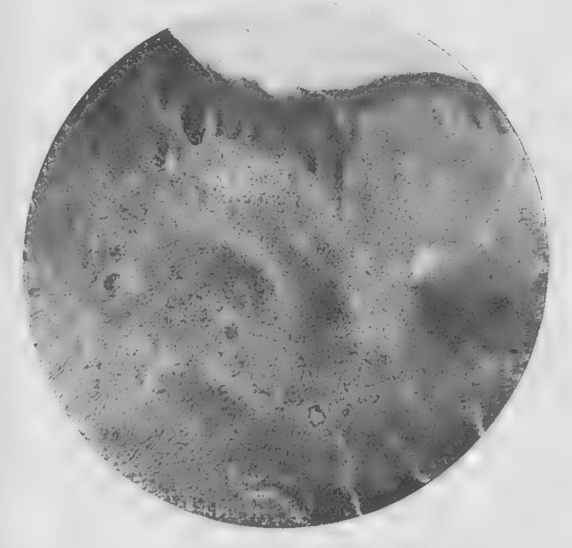


Fig. 3. — Infiltrations cellulaires dans le chorion.
Cellules géantes du type Langhans (Obj. AA., Ocul. 1).
[*Microphotographie* de M. Elephtériou].

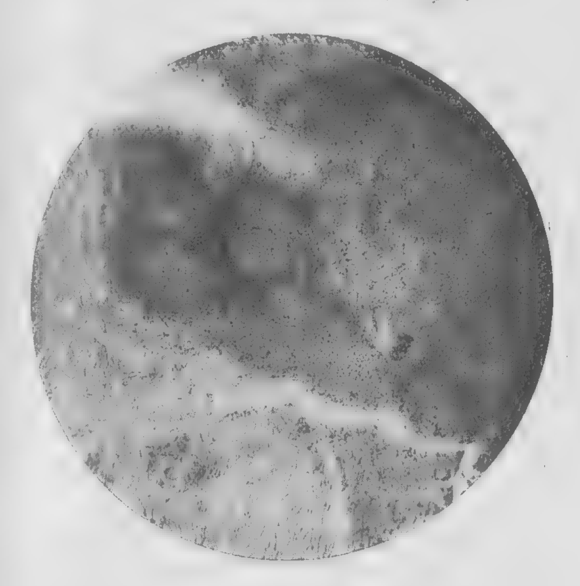


Fig. 4. — Tubercules typiques et cellules géantes dans la couche profonde du chorion. On distingue nettement tout autour une zone inflammatoire formée par des lymphocytes et des cellules épithélioïdes (Obj. AA Ocul. 3).
[*Microphotographie* de M. Elephtériou].

le chorion et allant jusqu'au tissu conjonctif. Ces cellules confluent par endroits pour former des tubercules qui ne présentent pas de nécrose dans leur centre. On distingue encore quelques cellules géantes du type Langhans.

Avec le grand agrandissement (Zeiss : Obj. AA. Ocul. 3) on distingue les détails des amas cellulaires constitués par des lymphocytes, des cellules épithélioïdes et des cellules conjonctives. Quelques cellules géantes et de rares plasmazellen. Pas de mastzellen. Pas de cellules lépreuses.

L'examen à l'immersion après coloration spéciale des coupes, resta négatif pour le Hansen qui, dans le cas contraire eut du être très abondant.

Conclusion : Devant ce cas qui présentait de prime abord une ressemblance avec la lèpre, nous avons exclu celle-ci par l'examen clinique (évolution rapide, desquamation, démangeaison, manque d'anesthésie) et les examens de laboratoire (microbiologique et histologique). De même nous avons exclu une syphilis tuberculeuse en nappes infiltrées, par l'histoire du malade, l'examen clinique et sérologique et le traitement d'épreuve.

Nous avons donc conclu qu'il s'agit d'une forme de lupoïdes de Bœck tubéreuse et en placards, telle que Bœck l'a décrite, il y a trente ans.

Cette forme est très rare ; cependant dans la bibliographie il y a des cas pareils décrits en détail et qui sont cliniquement et histologiquement semblables au nôtre (voir les cas de Bering, Stümpke, Opificius mentionnés par le Prof. Lewandowsky qui donne une description de cette forme dans son livre *Die Tuberkulose der Haut*, p. 201, éd. Springer, Berlin, 1919). Nous avons trouvé aussi un cas pareil publié en 1927 par le Prof. Meirowsky et nous retenons de ce cas le détail important que sa malade présenta le premier placard de sarcoïde à l'endroit (œil droit) ou six semaines auparavant avait reçu un coup de canne (Prof. E. Meirowsky : *in Dermatologische Wochenschrift*, 1927, n° 36, 1er cas). C'est tout à fait le même point de départ étiologique observé chez notre malade qui présenta le premier placard de sarcoïde à l'endroit où 4 semaines auparavant avait fortement heurté sa tête.

Au point de vue thérapeutique nous avons conseillé un traitement aux sels d'or, dont nous nous réservons de communiquer ultérieurement les résultats.

DE L'ASSOCIATION DES CORPS RÉDUCTEURS ET DES MERCURIAUX DANS LES POMMADES

Par M. R. HUERRE
Docteur ès Sciences, Ancien Interne en Pharmacie des Hôpitaux de Paris

Dans le *Bulletin Médical* du 10 mai 1930, M. le docteur Sabouraud a fait paraître un travail « Sur l'emploi des pommades au cuir chevelu » au cours duquel il est amené à parler de l'association des réducteurs aux mercuriaux. Comme il le fait remarquer, cette association, dans la plupart des cas, détermine rapidement des modifications dans la couleur de la préparation.

Nous n'exposerons pas ici les raisons d'ordre psychologique pour lesquelles il est souhaitable que la couleur d'une pommade ne se modifie pas, du fait des réactions qui se produisent entre ses composants : raisons qui valent autant pour le médecin que pour le pharmacien et le malade. Nous voulons rester ici sur le terrain exclusivement scientifique et étudier le moyen d'obtenir des préparations à la fois actives au point de vue thérapeutique et stables au point de vue pharmaceutique.

Les préparations auxquelles nous pensons contiennent à la fois d'une part des diphénols : hydroquinone, résorcine, pyrocatéchine, ou un triphénol, comme l'acide pyrogallique ou de l'huile de cade, d'autre part, des mercuriaux : oxydes de mercure, sulfures de mercure, turbith minéral.

Les trois diphénols que nous venons de mentionner sont tous des réducteurs : la résorcine, moins que les deux autres, réduit pourtant, à chaud, la liqueur de Fehling.

Les mercuriaux indiqués sont, les uns des oxydes, les autres des sulfates, c'est-à-dire des corps oxygénés qui pourront être réduits ; ou des sulfures qui, *à priori* ne subiront pas de modifications, du fait du contact avec les réducteurs.

Une question préalable se pose : quelle peut-être l'action des excipients, soit sur les mercuriaux, soit sur les réducteurs?

On peut employer comme excipients : la vaseline, le mélange à parties égales de vaseline et de lanoline, et mieux encore, comme l'indique M. Sabouraud dans son article, la vaseline cholestérinée à 3 o/o, qui est utilisée depuis un certain temps déjà pour la préparation des pommades destinées aux affections oculaires.

Nous avons donc recherché ce qui se passait, en faisant des pommades à 1 o/o avec de la vaseline cholestérinée et de l'oxyde jaune de mercure, de l'oxyde rouge de mercure, du turbith minéral, (sulfate basique de mercure), du turbith nitreux (azotate basique de mercure), du cinabre (sulfure rouge de mercure) de l'éthiops minéral (sulfure noir de mercure). Les teintes de la préparation sont celles, diluées, des éléments mercuriaux qu'elles contiennent : jaune, rougeâtre, jaune clair, rouge vif, noir. Aucune modification de teinte ne se produit, même après un mois. Des constatations de même ordre sont faites si on remplace la vaseline cholestérinée par la lanoline.

Mélangeons d'autre part les réducteurs à la vaseline cholestérinée en faisant des pommades à 1/20 : avec l'hydroquinone, comme avec la résorcine, comme avec la pyrocatéchine, la pommade est blanche et reste blanche, même après un mois. — Avec l'acide pyrogallique, la teinte est très légèrement grise : mais cette légère coloration, due au moins partiellement à l'action de l'air, ne s'accentue pas sensiblement quand la préparation est faite depuis plus d'un mois. Remarquons en passant qu'il y a intérêt à substituer la vaseline cholestérinée au mélange à parties égales de vaseline et de lanoline : en effet, une pommade faite avec o gr. 50 d'acide pyrogallique et 30 grammes de vaseline et de lanoline à parties égales se colore presque immédiatement en brun clair et passe rapidement au brun foncé.

Il résulte de ces essais que la vaseline cholestérinée à 3 o/o peut être mélangée aux mercuriaux d'une part, aux réducteurs envisagés d'autre part, sans que les principes médicamenteux de la pommade subissent aucune modification.

Nous pouvons donc maintenant examiner l'action des éléments actifs de cette préparation les uns sur les autres : c'est-à-dire étudier ce qui se passe quand on associe mercuriaux et réducteurs?

De quoi s'agit-il au point de vue thérapeutique? D'une part, de mettre un composé mercuriel à la disposition de la peau ; d'autre part, d'utiliser au bénéfice de cette peau, les propriétés réductrices de certains corps. Or, quand on adjoint des composés oxygénés à des réducteurs, les réducteurs sont transformés en corps moins réducteurs ou qui ne sont plus réducteurs du tout : c'est-à-dire en corps dont la valeur thérapeutique sera considérablement diminuée, si elle n'a pas complètement disparu. C'est, en somme, comme si, voulant traiter des hyperchlorhydriques, on leur prescrivait d'additionner d'un acide, avant de l'absorber, de l'eau de Vichy, ou une solution de Bourget de Lausanne.

Nous avons recherché, dans des expériences poursuivies pendant plusieurs mois, l'action des corps réducteurs sur les mercuriaux habituellement utilisés en dermatologie, et sur quelques autres : quand ils étaient solubles, c'est sur la solution de ces réducteurs, que nous avons fait agir les mercuriaux ; évidemment, ce n'est pas à l'état de solution que les réducteurs se trouvent habituellement dans les pommades : on peut d'ailleurs le regretter ; en effet dans toutes les pommades du Codex qui contiennent des éléments solubles : pommade à l'iodure de potassium, pommade iodo-iodurée, pommade d'Helmerich, les sels sont dissous dans l'eau, et, si l'on prescrit, soit la vasolaïnine, soit la vaseline cholestérinée à 3 o/o, on pourra faire facilement absorber à l'excipient la petite quantité d'eau nécessaire pour dissoudre le réducteur.

Nous avons donc fait agir des solutions aqueuses d'hydroquinone, de résorcine, de pyrocatéchine, d'acide pyrogallique, des solutions éthérées d'huile de cade, sur un certain nombre de composés mercuriels ; prévoyant bien que l'action réductrice de l'huile de cade était, tout au moins en partie, due aux éthers de la pyrocatéchine qu'elle contient, nous avons également essayé l'action de la solution aqueuse de gaïacol liquide.

Voici le résultat de ces essais :

Le Cinabre ne subit aucune modification, du fait du contact avec la résorcine, l'hydroquinone, la pyrocatéchine, l'acide pyrogallique, l'huile de cade et le gaïacol. Une constatation identique résulte de la substitution de *l'Ethiops minéral* au cinabre.

Le Turbith minéral, est immédiatement réduit par l'hydro-

quinone, la pyrocatéchine, l'acide pyrogallique ; plus lentement par la résorcine, et l'huile de cade.

L'Oxyde rouge de mercure n'est réduit que lentement par la résorcine, plus rapidement par l'huile de cade et le gaïacol, très rapidement par l'hydroquinone, la pyrocatéchine et l'acide pyrogallique.

Pour *l'Oxyde jaune de mercure*, la réduction par la résorcine, ou par l'huile de cade, commence à se manifester après 3 heures : elle est complète après 3 jours. La réduction est immédiate avec l'hydroquinone, la pyrocatéchine, et l'acide pyrogallique.

Avec *le Turbith nitreux*, il n'y a pas de réduction apparente, même après 3 jours de contact avec la résorcine ; elle se manifeste après 15 jours. Si l'on substitue l'hydroquinone, la pyrocatéchine ou l'acide pyrogallique à la résorcine, la réduction est immédiate.

Il résulte de ces faits que c'est la résorcine qui est la moins rapidement réduite ; mais nous ne croyons pas que ce soit une raison pour l'employer de préférence à l'hydroquinone, à la pyrocatéchine, à l'acide pyrogallique, puisque la stabilité des composés oxygénés du mercure, à son contact, est due à son moindre pouvoir réducteur.

Ce qu'il faut, c'est associer aux réducteurs *les composés mercuriels qui ne sont pas facilement réduits*. Quels composés mercuriels emploierons-nous donc ?

On pourra utiliser les sulfures de mercure rouge ou noir, qui sont très stables. De plus nous avons vu que les pommades à base d'oxyde jaune ou rouge noircissent : ce noircissement, nous l'avons vérifié dans nos essais, est dû à la formation d'oxyde mercureux : ce sont en réalité, *des pommades à base d'oxyde mercureux que l'on emploie*. Nous croyons donc qu'il y aurait lieu, dans les associations de mercuriaux et de réducteurs, de substituer l'oxyde mercureux noir, aux oxydes mercuriques jaune et rouge. Nous avons vérifié, de plus, que cet oxyde mercureux n'est pas réduit, même après un contact très prolongé avec les solutions d'hydroquinone, de pyrocatéchine, d'acide pyrogallique. Jamais, même après plusieurs mois, nous n'avons obtenu de gouttelettes de mercure métallique.

Mais pourquoi ne pas employer le mercure lui-même, en utilisant l'onguent napolitain ou onguent mercuriel double qui contient 50 o/o de mercure ? On trouve d'autre part dans le commerce, sous le nom de mercure éteint, une préparation très maniable renfermant les 5/6 de son poids de mercure. La teinte de semblables préparations à base de mercure ne se modifie pas sensiblement, même après un mois : nous l'avons vérifié avec des mélanges contenant 1 gramme d'onguent napolitain, 0 gr. 50 d'hydroquinone, de résorcine, de pyrocatéchine, ou d'acide pyrogallique et 30 grammes de vaseline cholestérinée à 3 o/o.

En résumé, en ce qui concerne la prescription de pommades, contenant à la fois des réducteurs (diphénols, triphénols, huile de cade) et des mercuriaux :

1° On peut employer la vaseline cholestérinée à 3 o/o qui est sans action sur les éléments actifs de ces pommades ;

2° On évitera d'y introduire l'oxyde jaune de mercure, l'oxyde rouge de mercure, le turbith minéral, qui sont rapidement transformés avec changement de couleur de la préparation en oxyde mercureux noir ou en un mélange d'oxyde mercureux et de sulfate de mercure basique ;

3° On pourra par contre associer aux réducteurs et à l'huile de cade, sans qu'il y ait modification de couleur de la préparation.

Le cinabre (sulfure rouge de mercure).

L'éthiops minéral (sulfure noir de mercure).

L'oxyde mercureux.

Le mercure.

A titre d'indication, on peut noter que : 1 gramme de mercure correspond à 1 gr. 04 d'oxyde mercureux, à 1 gr. 08 d'oxyde jaune ou rouge, et à 1 gr. 16 de cinabre ou d'éthiops minéral.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en novembre 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Les acquisitions récentes en matière de syphilis osseuse, par R. Barthélemy. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 11, novembre 1930, p. 805.

Dans cette revue générale, B. envisage surtout diverses affections des os où l'anatomie pathologique ne peut se prononcer en maîtresse comme dans le cas des gommes, mais où un ensemble de signes cliniques, radiologiques et thérapeutiques amène à l'*étiologie spécifique*. L'exploration radiologique a permis les acquisitions les plus importantes. Les gommes centrales sont souvent des trouvailles radiologiques. Les périostites du nourrisson, ossifiantes, hyperplasiques, sont cliniquement silencieuses. Péhu montré de quel secours était la radiologie dans de telles formes. Léri et Cottenot ont pu déceler sur le vivant les trois variétés classiques d'ostéite syphilitique : nodule gommeux, ulcérations osseuses, hyperostoses. L'ostéome syphilitique, les kystes des os sont d'un aspect radiologique caractéristique. La syphilis devra aussi être recherchée comme cause éventuelle de syndromes d'essence mal connue : rachitisme grave, achondroplexie, rhumatisme chronique déformant ou non, ostéomalacie, pléonostose. La syphilis acquise ancienne et surtout l'hérédo-syphilis apparaissent donc souvent dans les antécédents des maladies des os. On doit en conséquence mettre en œuvre tous les moyens modernes d'analyse pour essayer de la dépister. H. Rabeau.

Sur les adénites vénériennes de l'aîne sans chancre, par Pellegrin (de Nice). *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 11, novembre 1930, p. 815.

P. groupe sous ce titre les bubons chancrelleux, les adénites syphilitiques et chancrello-syphilitiques sans chancre, les cas de maladie de Nicolas-Favre. Il passe en revue les différentes formes de ces affections et les moyens dont nous disposons pour en faire le diagnostic souvent difficile. H. Rabeau.

A propos d'un cas d'adénite inguinale syphilitique sans chancre, par Lévy-Bing et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 11, novembre 1930, p. 825.

Observation d'un malade venu consulter pour une adénopathie inguinale, dure, indolente, mobile. On pense à une adénopathie syphilitique,

mais l'absence de porte d'entrée d'une part, la présence à la face externe de la cuisse d'un furoncle en voie de cicatrisation fait attribuer l'adénopathie à cette infection staphylococcique. Dix jours après le malade revient consulter avec des plaques scrotales et une roséole débutante. Le Wassermann est positif. Les auteurs font observer que la ponction du ganglion leur eût probablement évité cette erreur de diagnostic.

H. Rabeau.

Un cas rare de 230 injections de néosalvarsan chez une malade hérédo-syphilitique, par P. Photinos. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 11, novembre 1930, p. 829.

Malade de 17 ans admise à l'hôpital pour une syphilis gommeuse. Mise en traitement par le néosalvarsan elle reçoit, de 1922 à 1929, 230 injections de néosalvarsan, dont 190 de 0,90 ; au total 191 gr. 10 de 914 sans aucun signe d'intoxication. Le poids de la malade varia de 39 à 45 kilogrammes, ce qui faisait plus de 0,02 centigramme de médicament par kilogramme. H. Rabeau.

Gangrène fébrile de la verge, adénite suppurée ulcéreuse après guérison de la gangrène, par Gougerot et Ragu. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 11, novembre 1930, p. 832.

Observation intéressante par son évolution en deux phases. Une semaine après un coït suspect, ulcération du gland, de la face interne du prépuce, puis phimosis sur lequel évolue une gangrène avec troubles généraux, fièvre avec escharre, ulcération profonde, hémorragies abondantes répétées sans réaction ganglionnaire marquée. Le traitement par le Dmelcos guérit ces lésions gangréneuses. — Les lésions locales semblent éteintes et une opération autoplastique est tentée. Aussitôt se développe une adénite inguinale gauche subaiguë, indolente, apyrétique, suppurée, mais bientôt ulcérée, non gangréneuse, lente à se cicatriser sur laquelle le Dmelcos est sans action. Tous les examens bactériologiques restent négatifs. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

La syphilis latente, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, nos 9-10, septembre-octobre 1930, pp. 453-461.

Expérimentalement, à part la phase initiale de chancre ou de kératite, la syphilis du lapin est latente, quoique réinoculable à d'autres animaux. Kolle a démontré l'existence de syphilis totalement latente depuis le jour de l'inoculation chez des animaux en apparence réfractaire à cette inoculation.

Chez l'homme, la syphilis est latente à diverses périodes, ce qui est la source d'accidents terribles dont l'auteur cite des exemples. Il décrit ensuite les signes à rechercher pour dépister la syphilis latente : cicatrice du chancre, ganglions épitrochléens et cervicaux postérieurs, l'érosion ponctuée et l'érosion transversale des ongles, la leucoplasie,

l'examen des enfants, l'évolution des grossesses, la réactivation du Bordet-Wassermann, la ponction lombaire ; à noter que l'auteur attache une signification à la réaction de Desmoulière, même quand elle est faiblement positive. Pour lui, le vitiligo, l'obliquité des incisives supérieures en arrière et en bas, l'établissement tardif des règles, à quatorze ans en l'espèce, sont des symptômes significatifs.

A. Bocage.

L'immunité dans la syphilis, par Lafourcade et Horowitz. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, nos 9-10, septembre-octobre 1930, pp. 462-472. Bibliographie.

Revue générale bourrée de faits concernant l'immunité dans la syphilis expérimentale du lapin. Un certain degré d'immunité locale apparaît dans la région du chancre dès le quinzième jour. L'immunité générale se montre entre le soixantième et le quatre-vingt-dixième jour pour les tréponèmes de même souche. Chez les lapins traités au salvarsan avant le quarante-cinquième jour, la réinfection expérimentale est possible. Elle est toujours impossible après le quatre-vingt-dixième jour. Il semblerait qu'après cette date l'arsenic ne soit plus capable de stériliser l'organisme, du moins c'était la conclusion de Kolle, Chesnay et Kemp montrèrent l'absence de tréponèmes chez tous les lapins traités, quelle que fût la date des injections. Si certains d'entre eux résistaient, c'est qu'ils étaient immunisés. Ultérieurement, Kolle démontra que les réinoculations en apparence négatives chez ces lapins réfractaires étaient des réinfections latentes. A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sur le mécanisme de accidents provoqués par les teintures organiques, par A. Kling. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CIV, 94e année, no 36, 18 novembre 1930, pp. 343-347.

Une amine est d'autant plus active sur la peau qu'elle est plus fortement alcaline et qu'elle est plus volatile. H. Meyer a imaginé que les acides gras (butyrique) de la peau forment avec elles des précipités qui obstrueraient les canaux sudoripares, provoqueraient la rétention et par suite l'acidification de la sueur, d'où œdème et ses conséquences !

Pratiquement, H. Meyer a été amené à préparer des sels neutres de diamines, incapables de se combiner avec la sueur, et théoriquement inoffensifs.

L'auteur, tout en trouvant cette théorie très séduisante, constate cependant avec étonnement que des produits qui ne ressemblent en rien aux amines agissent comme elles et à doses infinitésimales et même justement chez les sujets sensibles à ces amines. Ainsi la phénylhydrazine, très nocive, donne des butyrates insolubles. Il remarque que la présence d'un noyau benzénique n'est pas une condition suffisante pour qu'un produit soit nocif, mais il pense que c'est une condition néces-

saire, et qu'il faut en outre certains groupements fonctionnels azotés à fonction alcaline.

Finalement, l'auteur est obligé d'incriminer une exagération particulière des réflexes des individus sensibles. A. BOCAGE.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Sur le traitement des plaies et surfaces ulcéreuses par les savons, par Maurice RENAUD. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 29, 10 novembre 1930, p. 1573.

R. a repris l'étude des savons au point de vue de leur pouvoir bactéricide et de leur action de neutralisation des toxines. De son expérimentation il résulte que les solutions d'oléate sont à l'heure actuelle les substances les plus maniables et les plus efficaces pour obtenir la désinfection des plaies en surface et lutter contre les phénomènes de toxi-infection auxquels ces plaies peuvent donner lieu. Grâce à leur fluidité extrême, leur pouvoir de pénétration est grand. Elles enrobent et isolent toutes les particules, ne leur faisant subir aucune coagulation capable, comme la plupart des antiseptiques, de limiter leur zone d'action. Les solutions de savon, en raison de leurs propriétés physiques, sont des agents très efficaces pour réaliser dans les plaies et les ulcérations l'antiseptie de surface. H. RABEAU.

Antiseptie profonde par les savons. Sur les lois qui règlent l'action des substances toxiques et médicamenteuses, par Maurice RENAUD *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, no 30, 17 novembre 1930, p. 1598.

Avant d'aborder l'exposé des résultats de la thérapie par les savons dans les maladies infectieuses, l'auteur tient à rappeler les grandes lois qu'il faut avoir présentes à l'esprit si on fait de la thérapie chimique. Quel que soit le mécanisme intime de leur action, *la loi des masses*, entre certainement en jeu, *l'action* sur la substance vivante étant fonction de la concentration de la substance active. L'excitation et le désordre fonctionnel croîtront avec la concentration. Les hautes concentrations humorales ne peuvent être atteintes que pendant un laps de temps extrêmement court par injections intraveineuses massives, ou par injections sous-cutanées de solutions très concentrées et hypertoniques dont on multiplie les points d'injection. Mais dans de telles conditions on provoque des accidents immédiatement graves par excitation du système nerveux. L'emploi des savons permet de tourner la difficulté en diminuant, d'une part l'excitation du système nerveux et d'autre part en retardant la fixation par les tissus du principe actif.

A propos de cette communication Fiessinger signale les escarres observées après injection de sérum glucosé-adrénaliné, incriminant la distension des tissus. Si on injecte l'adrénaline d'un côté, la solution glycosée

de l'autre, il n'y a pas d'escarre. Lereboullet est du même avis. Netter a observé des escarres avec la solution au 1/1.000, il croit que l'acidité des solutions d'adrénaline est en cause. H. RABEAU.

Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris.

A propos du bismuth métal en solution aqueuse dans le traitement anti-syphilitique, par GALLIOT. *Bulletins et Mémoires de la Société de médecine de Paris*, nº 15, séance du 15 novembre 1930, p. 455.

G. précise que le médicament employé par lui est du bismuth pur, non en solution, mais en suspension dans un milieux aqueux. Il le considère, au point de vue de son action clinique, comme un sel soluble. H. RABEAU.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Les albumines du sérum des syphilitiques et la réaction de Bordet-Wassermann, par J. GATÉ, H. GARDÈRE et A. BADINAUD. *C. R. Société de Biologie*, t. CV, nº 30, 14 novembre 1930, pp. 393-394.

Sur 31 sérums, la réaction de Bordet-Wassermann est plus souvent positive lorsqu'il y a augmentation des protéines totales, de la sérine et surtout des globulines. On note une proportion importante de réactions positives avec un taux d'albumine normal, voire même abaissé.

Le taux des albumines du sérum, des globulines en particulier, paraît donc n'avoir qu'une importance secondaire dans la détermination du sens de la réaction de Bordet-Wassermann. A. BOCAGE.

Les formes atypiques et la forme granuleuse du tréponème pâle, par A. SÉZARY. *C. R. Société de Biologie*, t. CV, nº 31, 21 novembre 1930, pp. 444-446.

A son tour, l'auteur rappelle ses travaux anciens sur la question et reproduit la description des formes non spirillaires des tréponèmes qu'il observa dans une surrénalite et une gomme de l'artère sylvienne. Ces aspects que Levaditi et Manouelian tentent aujourd'hui d'assimiler à un ultra-virus. Il les interprétait alors comme des formes dégénératives.

A. BOCAGE.

Sur le parasitisme des poils dans l'infection expérimentale provoquée par des cultures pléomorphiques d'un Trichophyton gypseum, par A. CATANEI. *C. R. Société de Biologie*, t. CV, nº 30, 14 novembre 1930.

Ces lésions obtenues avec les cultures dégradées sont différentes de celles que donne le type cultural primitif. Il peut arriver que le développement du champignon reste limité au stade épidermique et le plus souvent les poils parasités sont moins nombreux. Ce type particulier de lésion pilaire se maintient après passages successifs d'animal à animal.

A. BOCAGE.

Sur une méthode de séro-diagnostic de la syphilis : La réaction de Tsu modifiée, par G. Parthéniadès. *C. R. Société de Biologie*, t. CV, nº 32, 28 novembre 1930, pp. 499-500.

L'auteur apporte une statistique sur cette réaction décrite par Dujarric de la Rivière en 1928 et qui semble très voisine de la réaction de Hecht avec seulement 2 tubes. Sur 500 résultats, les discordances avec la réaction de Wassermann ne sont que 1,12 o/o et 0,5 o/o avec la réaction de Hecht technique Levaditi. A. Bocage.

Syphilis inapparente de la souris par inoculation intra-testiculaire de Treponema pallidum, par Li Yuan Po. *C. R. Société de Biologie*, t. CV, nº 32, 28 novembre 1930, pp. 541-545, 3 fig.

Le tréponème de la syphilis inoculé dans le testicule de la souris n'y est plus décelable sous sa forme spirillaire au bout de 48 heures au plus. Cependant, l'organe reste virulent pour le lapin pendant au moins 135 jours ; il y a là un moyen de conservation du virus chez les muridés. A noter que l'infection syphilitique ne détermine aucun trouble apparent chez ces animaux. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Syphilis par transfusion sanguine, par Levent. *Gazette des Hôpitaux*, 103e année, nº 96, 29 novembre 1930, pp. 1720-1725.

Bonne revue générale des cas connus de syphilis par transfusion, mettant en évidence la forme décapitée de syphilis sans chancre qui éclot 30 à 75 jours après la transfusion et la difficulté du dépistage chez les donneurs puisque le Bordet-Wassermann du donneur a pu être négatif assez peu de temps avant le prélèvement de sang. D'où la nécessité de multiplier les contrôles de sang et de ne jamais faire de transfusion « de luxe » en raison de ce danger de syphilisation. A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

La vaccination régionale par la porte d'entrée (méthode de Basset et Poincloux). Ses applications en gynécologie, par B. Blanchier. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, 101e année, 10 novembre 1930, 21e année, art. 2975.

B. a appliqué cette méthode en gynécologie dans le traitement des métrites, péri-métrites, salpingites, bartholinites, en dehors du post-partum, du post-abortum ou des lésions tuberculeuses avec des résultats intéressants. La difficulté est souvent de formuler un diagnostic étiologique précis, la possibilité d'infections associées est quelquefois un obstacle à la méthode. Il est en général assez simple d'atteindre le tissu sensible qui a servi de porte d'entrée. Dans les bartholinites, les résultats sont le plus souvent satisfaisants, parfois excellents. Ils sont quelquefois extraordinairement rapides et complets dans les salpingites,

intéressants quoique plus inconstants dans les métrites. Lorsqu'ils sont insuffisants, ils facilitent l'acte chirurgical pour les salpingites, les cautérisations au néofilhos pour les métrites. H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Le lait dans les affections gonococciques, par J. Gaudy et Quintaud. *Journal de Médecine de Paris*, 50e année, no 47, 20 novembre 1930, p. 1009.

Les auteurs insistent sur les bons résultats obtenus grâce aux injections de lait dans le traitement de la blennorragie. Ils injectent 10 centimètres cubes de lait de vache bouilli extemporanément, à la face externe de la cuisse. Ils provoquent ainsi un shock, montée de température à 39°5, 40°, état qui dure parfois une dizaine d'heures. L'amélioration est généralement rapide. On reprend 48 heures après les grands lavages au permanganate, et la guérison survient rapidement. En cas d'insuccès faire une deuxième injection de 10 centimètres cubes, en ayant soin de la faire précéder d'une petite injection préparante dans le derme. Rarement il leur est arrivé d'avoir besoin de recourir à une troisième injection. H. Rabeau.

Paris Médical.

Contribution à l'étude de la dispersion des floculats sériques par les hyposulfites alcalins, par E. Téchoueyres. *Paris Médical*, 20e année, no 45, 8 novembre 1930, pp. 422-424, 2 tableaux.

L'addition de solution normale d'hyposulfite de magnésie dans les mélanges préparés pour des réactions de Vernes au péréthynol ou à la résorcine donne un éclaircissement considérable par rapport aux témoins.

Il en est de même des sérums additionnés de teinture de benjoin. La clarification est encore plus marquée avec le cyanure de potassium.

Dans l'ensemble, ce sont les solutions à *p*H alcalin qui ont l'action la plus nette.

Il est infiniment probable que l'effet « désensibilisant » obtenu par Ravaut avec les injections d'hyposulfite *in vivo* relève de ce mécanisme physico-chimique. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Antivirus-thérapie dans les infections à gonocoques, par Alexandre Bass. *Presse Médicale*, 38e année, no 91, 12 novembre 1930, p. 1537.

Sur 300 malades traités, 250 guérisons par le seul emploi du vaccin préparé suivant la méthode de Besredka et utilisé en applications locales. C'est le traitement de choix de l'infection gonococcique surtout chez la femme. L'emploi d'auto-vaccin abrège sensiblement la durée du traitement, donne une guérison plus solide, et prévient plus sûrement les

récidives. Dans un certain nombre de cas on a avantage à associer la vaccinothérapie intradermique. H. Rabeau.

Recherches sur les réactions d'opacification de Meinicke, par F. Le Chuiton. *Presse Médicale*, 38e année, no 95, 26 novembre 1930, p. 1608.

Parmi les méthodes de floculation, la réaction de Meinicke est une de celles qui méritent le plus de retenir l'attention du fait de sa sensibilité et de sa date d'apparition. L'auteur envisage les conditions nécessaires pour la bonne marche de la réaction : lumière, pression atmosphérique, température. Les injections de vaccin produisant de fortes réactions colloïdales sont capables de faire apparaître des positivités non spécifiques de la réaction de Meinicke. Il ne lui a pas été possible de discriminer les positivités non spécifiques de la réaction des positivités spécifiques. On peut établir une échelle syphilimétrique en diluant les sérums avec des sérums négatifs et en pratiquant la réaction avec les dilutions. H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Paralysie-générale striée, par M. Valdemiro Pires. *Revue Neurologique*, 37e année, t. II, no 5, novembre 1930, pp. 512-517.

L'auteur passe en revue les faits connus des lésions des noyaux gris centraux au cours de la paralysie générale et il en apporte quatre observations : dans la première, la malade avait des mouvements choréiformes des membres supérieurs, dans la seconde il existait un syndrome parkinsonien sans tremblement, dans la troisième un syndrome parkinsonien avec tremblement ; dans la quatrième le malade n'avait que du tremblement et quelques discrets symptômes de la série parkinsonienne. Tous présentaient de grosses altérations de l'intelligence et d'autres symptômes de paralysie générale en particulier une sérologie rachidienne positive. A. Bocage.

Radiculite sensitivo-motrice d'origine syphilitique, par Draganesco, Kreindler et Façon. *Revue Neurologique*, 37e année, t. II, no 5, novembre 1930, pp. 577-579.

Observation détaillée d'un cas de tétraplégie accompagnée d'abolition des réflexes, d'hypotonie musculaire et de troubles de la sensibilité, avec forte albuminose rachidienne, faible lymphocytose. Il ne s'agissait ni de tabès, ni de polynévrite (pas de modifications des réactions électriques). Diagnostic difficile avec la maladie de Heine-Médin, confirmé par l'effet du traitement. Les auteurs rapprochent ce cas de la Wurzelneuritis de Kahler. A. Bocage.

Loire Médicale (Saint-Etienne).

Dermo épidermite pustuleuse à petits éléments d'origine professionnelle, par Ch. Laurent. *La Loire Médicale*, no 11, 44e année, novembre 1930, p. 502.

Mineur polonais travaillant dans une mine et présentant des lésions cutanées caractérisées par des petites pustulettes sous-épidermiques avec pus assez épais, par des petites papules surélevées de la grosseur d'une tête d'épingle en acier centrées par une pustule minime. Ces papules évoluent deux ou trois jours, puis se dessèchent et laissent à leur place une petite collerette épidermique.

Toutes ces lésions siègent de façon confluente sur les quatre membres, elles sont plus discrètes sur le tronc et très rares à la face.

L. a déjà eu l'occasion d'observer de nombreux cas similaires chez les mineurs de Roche la Molière et de Firminy.

Dans le pus présence d'éléments microbiens banaux.

Il s'agit en somme d'un syndrome assez imprécis survenant chez des ouvriers employés dans des chantiers humides et chauds. La guérison est obtenue facilement. JEAN LACASSAGNE.

Marseille Médical.

Maladie de Bowen de la muqueuse vulvaire avec généralisation ganglionnaire, par MM. MASSIA et ROUSSET. *Marseille Médical*, 15 juin 1930, pp. 813-824, 6 fig.

Il s'agit d'une malade de 50 ans venue consulter à la Clinique Dermatologique de l'Antiquaille pour une lésion prurigineuse de la vulve accompagnée d'adénopathie inguinale.

Sur la face muqueuse de la petite lèvre droite, on observe une lésion non ulcérée, arrondie, à bords légèrement soulevés et durs. Le centre de la lésion paraît sain. Même lésion, mais plus petite sur la petite lèvre gauche. Ces lésions sont très prurigineuses.

Dans la région inguinale droite, on note une masse ganglionnaire volumineuse, indolore et sans péri-adénite.

L'affection a débuté il y a 4 ans et l'adénite il y a trois ans. Cette dernière a subitement grossi, il y a quelques mois.

Traitée par la méthode radiothérapique de Costes à feu nu, la lésion vulvaire guérit en 6 semaines. La masse ganglionnaire est extirpée, et la plaie opératoire irradiée suivant la même technique. Guérison complète 6 mois après.

L'examen histologique montre :

1° Pour la région vulvaire : un épaississement considérable de la couche de Malpighi, les bourgeons interpapillaires sont gros et massifs. Ils sont composés de cellules serrées, avec des filaments d'union rares et qui doivent être recherchés avec soin. Le protoplasma est très réduit.

On trouve aussi dans l'épithélium des cellules claires à noyaux déformés, rétractés, elles sont de dimensions presque normales. Ces cellules n'ont pas l'aspect des cellules de Paget, il faut noter un nombre imposant de karyokinèses.

2° Pour le ganglion inguinal : on trouve dans le ganglion, des masses

d'infiltration cancéreuse. Ces éléments constituent des nodules épithéliaux ne présentant pas de filaments d'union, ni de globes épidermiques vrais.

Les auteurs pensent que dans ce cas, il ne saurait s'agir d'une maladie de Paget extra-mammaire, ni d'un épithélioma baso ou spino-cellulaire. Les lésions correspondent aux descriptions classiques de la maladie de Bowen. Mais s'il s'agit d'un Bowen, celui-ci est donc un véritable cancer étant données les karyokynèses multiples et la généralisation ganglionnaire.

M. et R., s'appuyant sur leurs anciennes recherches sur la structure de la lésion de la petite lèvre chez la vieille femme (présence de cellules dyskératosiques au niveau du col des glandes sébacées) pensent que la maladie de Bowen et de Paget a pour origine les glandes sébacées spéciales des poils. Ces glandes sébacées peuvent dégénérer en épithéliomas spéciaux à cellules dyskératosiques. PAUL VIGNE.

L'acétate de thallium comme épilatoire dans le traitement des teignes, par Maurice FABRE. *Marseille Médical,* 15 juin 1930, pp. 825-829.

L'auteur, après un historique de la question, expose le détail de l'administration de l'acétate de thallium et les règles strictes qu'il faut observer pour ne pas avoir d'ennuis. Il a traité ainsi un certain nombre de petits malades avec toujours des résultats heureux et jamais d'accidents.

La question de la pesée du médicament étant délicate, F. propose l'emploi de pilules exactement et mathématiquement dosées à 6 milligrammes et 8 milligrammes. Il suffirait simplement de donner à l'enfant autant de pilules que l'enfant pèse de kilogrammes.

Les conclusions sont celles-ci : le thallium pur, rigoureusement dosé, administré en préparation fraîche, à un enfant de moins de 12 ans, normal et sain, ne semble pas devoir amener de désordres graves.

PAUL VIGNE.

A propos de quelques observations d'éléphantiasis nostras et d'états éléphantiasiques, par Paul VIGNE et A. FOURNIER. *Marseille Médical,* 1930, 1er semestre, pp. 830-845 (6 fig.)

Les auteurs font une étude d'ensemble de l'éléphantiasis, en particulier de l'éléphantiasis nostras consécutif à des poussées lymphangitiques à répétition et apportent de cette affection quelques belles observations. Ils étudient également les éléphantiasis secondaires particulièrement ceux qui surviennent après les ulcères chroniques de jambe.

PAUL VIGNE.

La splénomégalie de la syphilis au cours des périodes primaire et secondaire, par M. ASSADA. *Marseille Médical,* 15 juin 1930, pp. 846-850 2 schémas.

L'auteur, après Quinquaud et Nicolle, de Gennes et récemment M. Louste, étudie l'augmentation de volume de la rate au cours de la période primaire de la syphilis.

Il donne la préférence comme méthode de délimitation du pourtour de la rate à la phonendoscopie. La rate peut être considérée comme normale quand elle donne une zone de vibration de 3 à 6 centimètres dans son plus grand diamètre.

La rate augmente de volume pendant l'incubation et augmente progressivement jusqu'à l'apparition du chancre. Elle devient maximum au 25e jour. L'apparition des accidents secondaires, amène une recrudescence du volume de la rate qui atteint 8 à 9 centimètres.

Dans 52 cas de syphilis primaire la rate s'est montrée presque toujours augmentée de volume, dans 25 cas de chancre mou les dimensions sont demeurées normales.

Le chancre mixte obéit aux mêmes lois que le chancre induré et la mensuration de la rate, au moment où les caractères du chancre sont encore douteux peut constituer un bon élément de diagnostic.

PAUL VIGNE.

Ulcère tuberculeux atypique de la langue, par MM. Paul VIGNE et MONTCERISIER. *Marseille Médical*, 15 juin 1930, pp. 851-854, 1 fig.

Il s'agit d'un malade de 25 ans, présentant depuis 6 mois une petite ulcération, rouge et peu douloureuse. Brusquement, la langue grossit énormément, celle-ci passe à peine entre les arcades dentaires. Sur le bord externe on note une ulcération de 4 centimètres sur 2, irrégulière, à bords taillés à pic, non décollés, fond irrégulier non granuleux et sans grains jaunes de Trélat. La palpation est douloureuse, la douleur est lancinante, l'organe est chaud et tendu. On pense à un abcès profond intramusculaire. Une ponction au bistouri ne ramène qu'une sérosité sanguinolente. L'état général malgré cela est très bien conservé. Les bacilles de Koch sont abondants dans les crachats. Il n'y a pas de réaction ganglionnaire.

On pratique une biopsie qui montre l'aspect classique d'un ulcère tuberculeux.

Mais l'état général devient rapidement mauvais, et en 15 jours, le malade meurt de méningite tuberculeuse. PAUL VIGNE.

Société de Médecine et d'Hygiène du Maroc.

Deux cas record de syphilis primaire, par LÉPINAY. *Soc. de Méd. et d'Hyg. du Maroc*, séance du 12 nov. 1930.

L'auteur présente deux enfants de 4 et 5 ans, fillette et garçon, atteints l'un et l'autre d'accidents primaires syphilitiques de la vulve ou du prépuce ; pour l'un, la contamination provenait de la domestique indigène, qui se livrait à une pratique assez fréquente au Maroc, les caresses buccales ; pour l'autre, elle resta inconnue.

Beaucoup d'accidents tardifs de syphilis ignorée ont vraisemblablement, au Maroc, une origine semblable et datent de l'enfance, d'où

la nécessité de soumettre à une rigoureuse surveillance médicale la domesticité indigène qui entoure les Européens, en particulier lorsque celle-ci est appelée à s'occuper des enfants. PAUL VIGNE.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

La valeur de la réaction de Bordet-Gengou pour le diagnostic de la blennorragie (Der Wert der Bordet-Gengou-Reaktion für die Gonorrhœdiagnostik), par K. L. GOLDSCHMID. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 1.

L'auteur discute la valeur de la réaction de Bordet-Gengou pour le diagnostic de la blennorragie. Il a examiné 1.163 sujets atteints de blennorragie et a pratiqué chez eux 1.309 fois la réaction de Bordet-Gengou, avec deux antigènes polyvalents, préparés avec l'antiformine.

La réaction est importante pour le diagnostic des lésions gonococciques localisées (épidydimite, spermatocystite, arthrite, etc.).

Dans l'urétrite gonococcique au début et dans les formes « ouvertes » cette réaction est presque toujours négative.

La réaction ne devient positive dans la blennorragie aiguë qu'au commencement de la troisième semaine de la maladie. L'auteur a pu observer des réactions négatives devenant positives après injection de lait (dans les cas de lésions limitées).

Une réaction positive 3-4 mois après la disparition des symptômes cliniques est en faveur d'un foyer gonococcique caché. On ne peut pas, d'après une réaction négative, sans autre méthode d'investigation, conclure à une guérison.

D'après G., il est indispensable d'organiser dans les dispensaires antivénériens l'examen sérologique de la blennorragie.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la thérapeutique de la microsporie (Beiträge zur Epidemiologie und Therapie der Mikrosporie), par Stephan EPSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 9.

Tandis qu'il n'exista jusqu'à l'année 1926 que des cas isolés de microsporie en Silésie, on a depuis observé trois endémies dans les orphelinats de la Basse-Silésie et une série de cas sporadiques dans le pays. Il a été impossible de trouver la source de ces endémies, mais on a pu démontrer les rapports entre les endémies survenues dans ces trois localités. L'endémie fut enrayée par le traitement (épilation et mesures sanitaires). On utilisa dans quelques cas à la place de l'épilation par les rayons, le thallium. Ce dernier fut abandonné en raison de troubles plus ou moins légers, observés chez un assez grand nombre d'enfants et de troubles graves survenus chez un enfant atteint de maladie de Little et aussi à raison de troubles graves observés par d'autres auteurs.

L'auteur a observé dans quelques cas la guérison de la microsporie

après un traitement local, sans épilation, et il conseille ce traitement sans épilation générale dans les microspories sporadiques pas trop étendues.

La contagiosité de l'épidémie silésienne ne fut pas très grande, mais E. ne peut pas expliquer la raison de cette faible contagiosité. Il est d'avis que l'on pourrait peut-être exceptionnellement permettre aux enfants de fréquenter l'école en prenant les mesures de précaution nécessaires.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de la teneur en eau de la peau dans les maladies cutanées (Zum Studium des Wasserhaushaltes der Haut bei Hauterkrankungen), par P. M. SALKAN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 19.

L'auteur a étudié le temps de résorption de la papule urticarienne chez 102 sujets atteints de différentes dermatoses et il conclut qu'il existe chez la majorité de sujets atteints de dermatoses des troubles de la résorption cutanée.

1° On observe l'hydrophilie de la peau dans le psoriasis, la séborrhée et dans l'eczéma séborrhéïque.

2° La faculté de résorption varie dans une mesure très large dans l'eczéma simple et de lupus érythémateux.

3° La faculté de résorption s'approche de la normale avec l'amélioration de la dermatose.

4° L'étude de la faculté de résorption cutanée par la provocation d'une papule par injection intradermique de sérum physiologique est une méthode simple et précieuse, elle nous éclaire, dans une certaine mesure, sur le métabolisme aqueux extra-rénal dans beaucoup de dermatoses.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur le temps de résorption de la papule urticarienne dans le psoriasis (Ueber die Quaddelresorptionszeit (Q. R. Z.) bei Psoriatikern), par D. KASABAKAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 25.

D'après Perutz et Guttmann, le temps de résorption de la papule urticarienne produite par l'injection intradermique de sérum physiologique est raccourcie dans le psoriasis. L'auteur a vérifié ces données d'après la technique de Mc. Clure et Aldrich. Il n'a pas pu confirmer l'opinion des auteurs cités ci-dessus. La valeur de la mensuration du temps de résorption de la papule urticarienne lui semble douteuse et il émet l'opinion que les expériences quantitatives chimiques d'après Urbach sont supérieures à cette méthode.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatomyosite pseudoleucémique (Dermatomyositis pseudoleucæmica), par Erich URBACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 27, 9 figures.

Description d'une maladie rare, non encore décrite ; il s'agit d'une

jeune fille de vingt ans atteinte depuis deux ans d'une sécheresse et d'une desquamation de la peau associées à une faiblesse générale. Un peu plus tard apparaissent des œdèmes — surtout des membres, du nez, des paupières supérieures — et des hémorragies cutanées. Enfin, la vision diminue, il survient une adynamie très prononcée et les lésions cutanées suivantes :

La peau est excessivement sèche, indurée, desquamante, fortement pigmentée, recouverte de papulettes d'une teinte rouge-brun-violacé parmi lesquelles se trouvent des hémorragies linéaires et des taches violacées, dont la teinte ne cède pas à la vitro-pression. Les parties de la peau sur lesquelles les papules n'existent pas, ressemblent à la poïkilodermie de Jacobi. Adénopathies cubitale, inguinale, sous-occipitale ; les ganglions sont durs et non douloureux. Dans les tendons des avant-bras le long du cubital et dans ceux des jambes on constate à la palpation des nodules d'une dureté cartilagineuse disposés en chapelet.

A l'examen des organes internes et à la radiographie, rien d'anormal, excepté une augmentation et une dureté de la rate. L'examen neurologique révèle de légers troubles encéphaliques. Pas de troubles oculaires. La diminution de la vision s'explique par des lésions cornéennes anciennes.

Examen du sang : faible augmentation des globules blancs (11.000), leucopénie relative, éosinophilie (10-15 o/o), monocytose (15 o/o), légère augmentation des lymphocytes ; le sang présente donc des modifications que l'on trouve dans les affections inflammatoires chroniques. Les lésions (la malade fut en observation pendant 4 mois 1/2) ne changèrent pas d'aspect, mais survinrent des lésions eczémateuses, croûteuses et même ulcéreuses.

Absence complète de démangeaisons.

Le traitement par les rayons Rœntgen fit régresser l'adénopathie et les œdèmes, mais n'influença aucunement les lésions cutanées.

L'examen histologique de différentes lésions et de la peau cliniquement normale fut pratiqué, on trouva en résumé :

Dans la peau cliniquement normale et dans la peau atteinte une infiltration diffuse, linéaire, plus ou moins prononcée surtout dans les couches papillaire et réticulaire (la différence entre les lésions de la peau cliniquement normale et celles de la peau malade n'est que quantitative). Dans la peau normale cette infiltration était située au pourtour des vaisseaux du réseau sous-papillaire. L'infiltrat était constitué presque exclusivement de petits lymphocytes, de rares cellules plus grandes à protoplasma clair et de fibroblastes. La dilatation vasculaire est partout très prononcée, les parois sont infiltrées et entourées d'un énorme infiltrat. Dans la peau normale l'infiltration en traînées descend profondément dans l'hypoderme. Un infiltrat analogue se trouve dans le tissu musculaire ; ce dernier est en partie atrophié, en partie détruit.

Dans l'infiltrat du tissu musculaire se rencontrent des cellules géantes du type des cellules de corps étrangers.

Les ganglions cliniquement enflammés présentent histologiquement des nécroses centrales.

Il est difficile de savoir dans quel groupe de dermatoses connues il faudrait ranger cette maladie ; l'auteur discute le diagnostic différentiel : leucémie lymphatique (spécialement la forme décrite par Arzt-Fuhs : érythrodermie lymphatique eczématisée), mycosis fongoïde et lymphogranulomatose ; mais l'absence totale de démangeaisons, l'examen histologique des ganglions et l'examen du sang, les fortes hémorragies cutanées permettent de rejeter tous ces diagnostics. L'auteur se croit en droit de conclure à une maladie non encore décrite et il propose pour cette dernière la dénomination « Dermatomyosite pseudo-leucémique » se basant sur la ressemblance clinique des lésions cutanées avec la dermatomyosite d'une part et d'autre part sur la ressemblance histologique avec la leucémie, mais il insiste sur ce point qu'il n'existe aucune parenté anatomique ni histologique ou morphologique sanguine entre les dermatoses classées jusqu'à présent dans les dermatomyosites. OLGA ELIASCHEFF.

Amyloïde dans la peau (Amyloid in der Haut), par W. FREUDENTHAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 40, 19 figures.

L'auteur apporte les observations de 8 cas personnels de « lichen amyloïdien ». Il considère comme lésion élémentaire de cette maladie, encore peu connue, une papule lichénoïde, dont l'évolution ressemble à celles du lichen simplex de Vidal et du lichen plan.

La teneur en amyloïde peut se manifester cliniquement par une transparence de la lésion. Mais cette transparence, quoique rare, est tout à fait caractéristique. Les localisations de prédilection sont les faces d'extension des membres, spécialement des jambes, et ici souvent elles sont en rapport avec une stase (phlebectasies, varices).

Il existe dans la majorité des cas des dystrophies pigmentaires, spécialement des hyperpigmentations au pourtour des foyers et elles sont de préférence localisées aussi aux membres inférieurs. Dans tous les cas observés la maladie est chronique, elle est éventuellement interrompue par des poussées subaiguës. Les démangeaisons sont d'une valeur spéciale pour le diagnostic (ce sont ces dernières qui ont attiré l'attention de l'auteur sur les lésions peu prononcées et non caractéristiques dans un de ses cas). Les démangeaisons sont dans quelques cas assez fortes, mais non insupportables ; elles changent d'intensité, peuvent être passagèrement très diminuées, mais ne manquent jamais. Si l'on constatait dans d'autres cas de cette maladie les démangeaisons comme signe relativement constant, et si on considère, comme on le fait à présent, l'amyloïdose comme une diathèse, un trouble du métabolisme des albumines, on pourrait considérer le lichen amyloïdien comme une forme spéciale du prurigo diathésique. Il faut penser à un

lichen amyloïdien dans chaque forme « atypique » du lichen simplex de Vidal, du lichen plan ou du prurigo.

Si l'on veut donner un aperçu général sur les connaissances actuelles de la présence de l'amyloïde dans la peau on pourrait classer les cas de la façon suivante :

1° Amyloïdose généralisée avec participation de la peau ;

2° Amyloïde de la peau avec exanthème lichénoïde (amyloïdose locale nodulaire et disséminée de la peau, lichen amyloïdien) ;

3° Amyloïde locale de la peau :

A. Dans les processus accompagnés d'une prolifération épithéliale :

a) verrues séniles ;

b) kératomes séniles ;

c) épithéliomes (baso-spino-cellulaires, intermédiaires et mixtes) cylindromes ;

4° Nævi sébacés, lentigo malin, etc.

B. Dans une affection proche du lupus érythémateux.

C. Rarement dans les inflammations chroniques, respectivement dans les processus lymphocytaires. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude clinique, bactériologique et étiologique de l'ulcère aigu de la vulve (Zur Klinik, Bakteriologie und Ætiologie des Ulcus vulvæ acutum), par S. K. ROSENTHAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 95, 1 figure.

Observations de deux cas d'ulcères aigus de la vulve survenus chez des malades atteintes de paratyphoïde (réaction de Gruber-Widal positive). Début des ulcérations à la fin de la première semaine de la maladie.

L'ensemencement du pus confirma le diagnostic (cultures de *bacillus crassus*). Les réactions intradermiques avec une émulsion des bacilles furent négatives, il existait donc une allergie vis-à-vis de ce bacille.

R. conseille de pratiquer la réaction de Widal dans tous les cas d'ulcères aigus de la vulve, de faire l'ensemencement pour obtenir des cultures pures du bacille et de pratiquer aussi des épreuves d'allergie. Ces dernières permettent peut-être d'élucider l'étiologie de la maladie.

OLGA ELIASCHEFF.

Syphilis gommeuses et modifications du liquide céphalo-rachidien (Lues gummosa und Liquorveränderungen), par Josef KONRAD. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 102.

L'auteur a examiné le liquide céphalo-rachidien dans 345 cas de syphilis gommeuse, dont 310 cas de gommes superficielles et profondes de la peau et des muqueuses :

1° La réaction du liquide fut positive dans 59 cas, c'est-à-dire dans 19 o/o.

2° On peut constater cliniquement des lésions du système nerveux central dans la syphilis tertiaire non seulement chez des sujets présen-

tant un liquide céphalo-rachidien positif, mais aussi chez des malades ayant un liquide normal.

3° Les réactions sérologiques du sang d'après les méthodes de Wassermann, Meinicke, Kahn et Muller furent positives dans 93 o/o des cas.

4° La réaction à la luétine fut pratiquée sur 141 malades ; la réaction fut fortement positive dans 67 o/o des cas examinés. Sur les 95 réactions positives à la luétine, le liquide céphalo-rachidien fut dans 36 cas négatif et dans 10 cas positif (=22 o/o).

5° K. a observé une réaction à la luétine complètement négative devenant positive après un traitement par l'iodure.

L'auteur conclut que dans la syphilis tertiaire les séro-réactions sont supérieures aux réactions à la luétine. OLGA ELIASCHEFF.

Atrophodermie vermiculée des joues chez deux frères (Atrophoderma vermiculatum bei zwei Brüdern), par W. BRUCK. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 108, 6 figures.

Observation et description histologique de deux cas d'atrophodermie vermiculée des joues chez deux frères. Lésions identiques à celles « classiques » décrites par Darier. OLGA ELIASCHEFF.

Le pemphigus chronique dans ses variétés : pemphigus vulgaire, pemphigus foliacé et pemphigus végétant (Observations cliniques, sérologiques et anatomo-pathologiques) (Der Pemphigus chronicus in seinen Varietäten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans (Klinische, serologische und anatomopathologische Beobachtungen), par H. MIERZECKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 115.

Étude clinique, sérologique et anatomo-pathologique sur le pemphigus chronique et toutes ses variétés : pemphigus vulgaire, foliacé et végétant et examen de 40 cas personnels avec 32 autopsies. L'auteur conclut :

Le pemphigus est une maladie de l'âge mûr, des deux sexes avec prédominance du sexe masculin. Il atteint les différentes races, mais la race juive y est spécialement prédisposée, surtout pour le pemphigus foliacé. Parmi les malades, les travailleurs intellectuels sont rares.

La maladie peut durer des semaines, des mois, même des années. Il y a survie plus de deux ans, dans les cas de l'auteur, 35 o/o dans le pemphigus vulgaire, 25 o/o dans le pemphigus foliacé et 80 o/o dans le pemphigus végétant.

La maladie frappe ordinairement des sujets en bonne santé nés de parents sains (40 o/o). Elle n'a pas d'influence fâcheuse sur les ovaires ni sur la fécondité.

Les lésions primitives peuvent débuter à n'importe quel endroit de la peau ou des muqueuses. Dans le pemphigus foliacé, elles débutent le plus souvent aux muqueuses. Les symptômes objectifs sont rares, la température n'a rien de caractéristique. Le pronostic est mauvais pour les sujets jeunes ou vieux.

L'éosinophilie, respectivement l'éosinophilie et la vitesse de la sédimentation des globules, sont indépendantes de l'extension et de la malignité du processus. Avant la mort apparaît souvent une lymphopénie. Pas d'oscillations pathologiques quantitatives des éléments sanguins.

Les réactions de Bordet-Gengou et de précipitation sont négatives dans le pemphigus vulgaire.

La maladie ne semble ni contagieuse, ni héréditaire. Le contenu des bulles, stérile au début de la maladie, ne fut pas toxique pour les souris blanches.

On trouve à l'autopsie une dégénérescence parenchymateuse ou graisseuse et l'atrophie brune du cœur, du foie et des reins.

Olga Eliascheff.

Le métabolisme de l'eau et du chlorure de sodium dans les dermatoses (Der Wasser-und Kochsalzstoffwechsel bei Dermatosen), par Julius K. Mayr. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 135, 4 figures.

L'auteur a examiné par mesure directe le métabolisme de l'eau dans différentes dermatoses et il conclut qu'il existe dans les dermatoses généralisées une diminution nette de la quantité des urines ; cette diminution est en rapport direct avec l'intensité et le développement des lésions. La diminution des urines n'est pas due à une rétention de liquide mais le liquide est éliminé en plus grande partie par la peau (voie extra-rénale).

Olga Eliascheff.

Sur les exanthèmes salvarsaniques fixes suivis d'une atrophie (Zur Atrophie führende fixe und stabite Salvarsanexantheme), par Desidermo-Seiter-Kasal. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 152.

Description de deux cas d'éruptions post-salvarsaniques fixes, suivies d'atrophie des placards cutanés exanthématiques. Cette atrophie circonscrite fut confirmée par l'examen histologique.

Olga Eliascheff.

Récidives locales des chancres syphilitiques chez le lapin après l'extirpation et influence de ce procédé sur l'immunité (Lokalrezidive nach Sklerosenexstirpation beim Kaninchen und Bedeutung des Eingriffes für die Immunität), par Robert Brandt. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cahier 1, 1930, 157.

Travail expérimental sur les récidives locales des chancres syphilitiques chez le lapin après extirpation de l'accident primitif même très développé. Ces expériences montrent, contrairement aux observations publiées jusqu'à présent, que même les chancres très développés peuvent, après extirpation, récidiver. Le traumatisme dû à l'extirpation ne joue pas de rôle important et la persistance de la tendance de la lésion riche en tréponèmes à s'accroître au voisinage de la tumeur extirpée n'explique pas tous les cas de récidive. La possibilité

de la régression de l'immunité doit être considérée, dans un grand nombre de cas, comme facteur principal. L'immunité dépend essentiellement du chancre et n'amène pas la destruction directe des tréponèmes. Après l'extirpation du chancre, l'immunité entretenue par ce dernier disparaît et comme les tréponèmes restent, il se forme une nouvelle lésion. On constate fréquemment l'apparition d'autres récidives après l'extirpation du chancre sans récidive locale. On ne doit pas incriminer la castration dans les récidives locales : dans les expériences de l'auteur, les testicules furent totalement ou partiellement conservés.

OLGA ELIASCHEFF.

Tumeur fibreuse syphilitique. Sur les soi-disant nodosités juxta-articulaires syphilitiques (Tumor fibrosus syphiliticus. Ueber die sogenannte juxta-articuläre Knotenbildung bei Syphilikern), par Josef SELLEI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 176.

Observation de deux cas de nodosités juxta-articulaires. Les deux sujets, une femme de 37 ans et un homme de 32 ans, présentèrent une réaction de Wassermann fortement positive. Régression incomplète et très lente de ces nodules par un traitement antisyphilitique.

S. avait observé pendant la guerre ces nodosités chez 4 soldats de Bosnie et les avait décrites déjà en 1918 sous la dénomination « tumeur fibreuse syphilitique ». OLGA ELIASCHEFF.

Sur la formation de petites papules mélaniques par l'adrénaline chez l'homme et le lapin (Ueber die Entstehung von kleinen melanotischen Knötchen durch Adrenalinzufuhr beim Menschen und beim Kaninchen), par Arnold LÖWENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 180, fig. 8.

Observation très intéressante d'un cas de pigmentation de la conjonctive due à l'adrénaline. Le malade fut soumis pendant 12 ans à un traitement par l'adrénaline (une ou deux fois par jour quelques gouttes dans les deux yeux d'une solution d'adrénaline à 1/1.000 avec 1/100 de cocaïne). Apparition chez ce malade atteint d'une conjonctivite chronique d'un grand nombre de nodules noirs dans la conjonctive des quatre paupières. L'auteur a pu reproduire chez le lapin une pigmentation de la conjonctive près du limbe par des applications subconjonctivales d'une solution d'adrénaline à 1/1.000 appliquée deux fois par semaine pendant plus de 12 mois.

L'histologie montra des amas de pigment exclusivement dans l'épiderme. Dans la suite, cette pigmentation augmenta et se formèrent des nodules de pigment tout à fait semblables aux lésions du malade. L'histologie montra, à côté de la pigmentation de l'épiderme, des mélanoblastes très riches aussi en pigment sous la conjonctive.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur les chancres extragénitaux (Ueber extragenitale Primäraffekte), par Arthur SCHWARZKOPF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXII, cahier 1, 1930, p. 189.

Travail sur la fréquence, le siège et la source des chancres syphilitiques extra-génitaux. 407 cas furent observés en 12 ans à la clinique des maladies cutanées de la Charité de Berlin. Le siège fut dans 291 cas la bouche, la gorge et les lèvres. On a pu retrouver dans 208 cas des personnes du proche entourage atteints soit de syphilis latente, soit de lésions floridcs des muqueuses. Sur 407 malades on a noté seulement trois chancres professionnels (médecins) et deux par piqûres aux doigts par des aiguilles après prises de sang. S. ayant observé un certain nombre de cas de syphilis extra-génitale, ne la considère pas comme plus maligne que la syphilis génitale. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'immunité biologique de la peau dans le rouget (Érysipéloïde) (Ueber die Immunbiologie der Haut beim Rotlauf (Erysipeloïde)), par Werner JADASSOHN et IUI-WU-MU. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol CLXII, cahier 1, 1930, p. 210, 6 figures.

Étude expérimentale sur l'immunité biologique de la peau dans le rouget (érysipéloïde) chez l'homme et le porc. Des lapins furent choisis pour les expériences et soumis aux injections intradermiques, injections de bacilles et d'émulsions bacillaires (érysipéloïdine). Les cultures furent obtenues d'une parcelle excisée d'un érysipéloïde typique d'un boucher.

J. conclut :

1° Que les infections intradermiques du lapin par les bacilles du rouget produisent une réaction ; cette dernière consiste en rougeur, nécrose centrale et en une infiltration plus ou moins prononcée. La rougeur augmente dans les premiers jours qui suivent l'infection et atteint une étendue dépassant la paume de la main.

2° Les réinfections intradermiques du lapin par les bacilles du rouget produisent aussi une réaction, mais cette dernière se distingue de la réaction après la première injection par une extension moins grande et par une infiltration beaucoup plus forte (formation d'un nodule).

3° Les injections intradermiques d'une émulsion de bacilles tués à 70° (érysipéloïdine) produisent chez les lapins sains une réaction minime, vite disparue.

4° Les injections intradermiques d'érysipéloïdine produisent chez les lapins déjà infectés une réaction cutanée semblable à celle observée dans la réinfection. OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Nouveaux résultats de syphilis expérimentale et leur valeur pour la biologie de la syphilis humaine (Neue Ergebnisse der experimentellen Syphilisforschung für die Biologie der menschlichen Lues), par S. BERGEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 6, novembre 1930, p. 357.

B. a pu réaliser des altérations vasculaires (aortite avec anévrisme et

lésions valvulaires), nerveuses (paraplégie, quadriplégie avec lymphocytose rachidienne et paralysie des sphincters et symptômes tabétiformes, dégénérescence des cordons postérieurs et myélite), et viscérales (gommes miliaires du poumon, du foie et du testicule, néphrite avec lésions des tubuli et des glomérules), toutes manifestations à peu près identiques aux lésions constatées chez l'homme. Il s'attache surtout à l'étude expérimentale des anticorps et des altérations morphologiques des spirochètes. La guérison des accidents au cours de la syphilis s'explique par la production d'anticorps, formés aux dépens des foyers d'infiltration lymphocytaire et plasmocytaire, et qui détruisent la plupart des spirochètes. Ceux qui résistent causeront les récidives ultérieures. L'expérimentation permet de vérifier cette conception. Si l'on mélange des spirochètes virulents aux exsudats inflammatoires et aux extraits ganglionnaires traités au préalable par des injections de lipoïdes non spécifiques, on assiste à la transformation granuleuse, puis à la disparition des spirochètes, phagocytés par les cellules mononucléées de l'exsudat. Le corps des spirochètes se gonfle, sa réfringence augmente ; des granulations y apparaissent, qui l'envahissent tout entier. Ces altérations morphologiques se traduisent aussi par les modifications de sa colorabilité. L'inoculation intratesticulaire de spirochètes mélangés aux extraits tissulaires pendant 15-20 minutes ne détermine aucune induration. Toutefois, certains spirochètes non seulement résistent, mais voient leur motilité s'accentuer et la reproduction s'accélérer. Quand les extraits organiques ont un faible pouvoir lytique, ils renforcent la résistance des spirochètes. On ne sait rien de la résistance spontanée de certains spirochètes. Les altérations déterminées dans les spirochètes par les anticorps ou les médicaments modifient leurs affinités ; d'où les localisations sur le système nerveux ou l'aorte. Ces différences entre spirochètes trouvent leur justification expérimentale dans les différences qui existent entre la race Nichol et la race Truffi, qui donnent, à l'inoculation, des réactions locales différentes. B. a montré que dans les syphilomes du lapin il se produit une désintégration intense des lipoïdes. Ces lipoïdes pathologiques agissent comme antigènes et déterminent des réactions lymphocytaires ; grâce à quoi, ces lipoïdes sont désagrégés et dissous. Il y a donc dans l'organisme des anticorps, non seulement contre les substances lipoïdiques qui composent les spirochètes, mais encore contre les lipoïdes résultant des altérations tissulaires causées par ces spirochètes. Ces anticorps prennent naissance dans les infiltrats lymphocytaires, puis passent dans le sérum où leur présence se traduit par une réaction de Wassermann positive. Chez l'animal, comme chez l'homme, le suc des syphilomes riches en lymphocytes donne une réaction de Wassermann positive. Ainsi se trouve formé le cercle : spirochète, lipoïdes organiques, infiltration lymphocytaire, formation d'anticorps antilipoïdiques et réaction de Wassermann.

L. Chatellier.

Analyse chimique de l'hypersensibilité cutanée après sensibilisation expérimentale au salvarsan (Chemische Analyse der Hautüberempfindlichkeit nach experimenteller Sensibilisierung mit Salvarsan), par E. NATHAN et H. GRUNDMAN. *Dermatologische Zeitschrift*, t LIX, f. 6, novembre 1930, p. 367.

9 malades ont été sensibilisés par l'injection intradermique de 0 cc. 1 d'une solution de myosalvarsan à 1 o/o. 8 à 9 jours après, les auteurs ont injecté le même volume de solutions de divers composés arsenicaux : composés organiques, composés anorganiques. Tous les malades se sont montrés sensibles aux arsenicaux organiques (salvarsan, néosalvarsan, néomesarca, etc.), de la série aromatique. Pas de réaction aux arsenicaux anorganiques, aux composés arsenicaux de la série aliphatique ni aux corps organiques analogues au salvarsan mais sans arsenic. Concordance complète avec les résultats déjà obtenus par Freich-Mayer dans les toxicodermies salvarsaniques.

L. CHATELLIER.

Traitement de la maladie de Darier (Zur Behandlung der Darierschen Erkrankung), par V. WUCHERPFENNIG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, f. 6, novembre 1930, p. 374.

La maladie de Darier peut être améliorée de façon durable par la radiothérapie. Pour des raisons techniques, il n'est pas recommandé d'employer les rayons limites de Bucky. La préférence doit être accordée aux rayons employés pour la radiothérapie superficielle. La dose utile se trouve environ à l'intensité de rayons entre 550-650 r pour 1 mm. 3 d'aluminium-H. W. S. Cette irradiation ne doit être pratiquée qu'avec des appareils munis d'un inonomètre gradué en « r ». Les tablettes de Sabouraud-Noiré sont insuffisantes. Les insuccès obtenus précédemment par d'autres auteurs sont imputables à l'emploi de doses trop faibles.

L. CHATELLIER.

Sur la présence de levures dans l'eczéma séborrhéique (Ueber die Spalthefetefunde beim seborrhoischen Ekzem), par F. BERNSTEIN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LIX, n° 6, 1930, p. 385.

B. rappelle les recherches antérieures sur ce sujet depuis les travaux d'Unna, de Malassez, etc. Il s'est appliqué à la recherche du parasite décrit par Benedek. Dans 43 cas, il a échoué dans la culture. Chez 25 patients, les épreuves d'allergie n'ont rien donné de spécifique. Le champignon paraît très résistant. On ne sait encore rien de sa valeur comme agent pathogène.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur les causes de dysidrose et d'eczéma (Ueber die Ursachen der Dyshidrosen und Ekzeme), par V. KEMERI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 41, 1er novembre 1930, p. 1615.

K. rappelle son travail antérieur sur ce sujet : il y a des dysidroses vraies (il faut les distinguer des fausses dysidroses qui sont les para-

sitaires) dont le point de départ se trouve dans des foyers septiques, dentaires le plus souvent, et qui guérissent quand ces foyers sont supprimés (septicémies focales). Ces foyers sont le plus souvent dentaires, larvés, ou amygdaliens, ou même urinaires, etc. Quand ces abcès sont traités et guéris, les accidents cutanés cessent ; mais ils ne guérissent souvent qu'après avoir présenté une exacerbation momentanée, parfois assez vive, sous forme de dysidrose ou d'eczéma. Une pareille exacerbation met en évidence la relation entre la dermatose et l'abcès focal initial. La poussée eczémateuse peut même être généralisée et disparaît quand l'abcès est guéri. Dans ces cas, la poussée dysidrosique peut siéger en d'autres points que les tissus d'élection habituels, c'est-à-dire ailleurs que sur les extrémités (bouche, cou, oreilles, etc.).

Ch. Audry.

Sur la miliaire lupoïde de Bœck (Zur Frage der benignen Miliarlupoïds Bœck), par Jakemer. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 41, t. XCI, 1er novembre 1930, p. 1619.

Homme de 46 ans. Lésions osseuses. Amélioration considérable par le néosalvarsan intraveineux et l'héliothérapie.

Ch. Audry.

Sur les photodermatoses (Zur Lehre über die Photodermatosen), par Glaubersohn et Goldenberg. *Dermatologische Wochenschrift*, n° 41, t. XCI, 1er novembre 1930, p. 1625, 6 fig.

3 observations de prurigo d'été recueillies chez des femmes dont la première présentait de l'hémato-porphyrinurie, dont la seconde et la troisième étaient mère et fille ; brève mention d'un quatrième cas : eczéma solaire. Observation d'un homme de 33 ans atteint d'urticaire solaire ; dans ce dernier cas, comme cela a déjà été signalé, les poussées se succèdent depuis une première insolation, et après une longue période de tolérance solaire normale. Ch. Audry.

Sur les altérations de la peau dans la vraie polycythémie rouge (Ueber kraukhefte Veränderungen der Haut bei Polycythemia rubra vera), par R. Bohnstedt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 45, 8 novembre 1930, p. 1659.

En 1922, Werther a signalé l'eczéma dans la polycythémie, et en 1925, Pick et Kaznelson ont décrit l'acné ortiée polycythémique dont l'auteur publie 2 observations. Dans le premier cas, un homme de 48 ans présentait 7,9 millions de globules rouges ; dans le second, un homme de 56 ans offrait 11,8 millions d'érythrocytes. Chez les 2 sujets, éruption acnéiforme étendue à la totalité du tronc. Le premier présenta en outre une poussée eczématiforme. Tous deux avaient une grosse rate. Le second fut notablement amélioré par la radiothérapie. L'acidité urinaire était considérablement augmentée. B. insiste sur le fait qu'il s'agit bien là d'une lésion polycythémique spéciale, et non pas, comme l'a cru Richter, d'une acné rosée. Ch. Audry.

Exanthème arsenical sous forme de pityriaris lichénoïde chronique (Arsenexanthem unter dem Bilde de Pityriasis lichenoïdes chonica), par Bezecny. *Dermatologie Wochenschrift*, t. XCI, no 45, 8 novembre 1930, p. 1664.

Un cas de pityriasis lichénoïde (parapsoriasis en gouttes) chez un homme atteint de psoriasis et qui prenait depuis longtemps, plusieurs fois par an, de la liqueur de Fowler à doses assez élevées. A côté des papules parapsoriasiques, hyperkératose palmaire et plantaire arsenicale caractéristique. Ch. Audry.

Un chancre syphilitique porte d'entrée d'une septicémie streptococcique (Syphilitischer Primäraffekt als Eintrittspforte einer Streptokokensepsis), par Boss et Delbanco. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, no 45, 9 novembre 1930, p. 1666.

Un homme de 35 ans, porteur d'une ulcération pénienne avec adénopathie, sans spirochètes dans la plaie, présente brusquement une fièvre intense. Réaction de Wassermann +. Rougeur, infiltration de la cuisse ; suppuration de l'ulcération pénienne. Extension de l'érysipèle jusqu'à la clavicule ; ictère ; arthrite suppurée du coude (streptocoques dans le pus), mort. A l'autopsie, lésions hémorragiques, etc. L'examen histologique des lésions lymphatiques répondait à des altérations syphilitiques. Pourquoi de pareilles complications sont-elles si rares ?

Ch. Audry.

Sur la question de la sensibilité au mercure (Zur Frage der Quecksilberüberempfindlichkeit), par F. Blumenthal et K. Jaffé. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, no 45, 8 novembre 1930, p. 1668.

Les auteurs ont étudié les réactions provoquées par sept composés mercuriaux : sublimé, cyanure, précipité blanc, Hg métallique, oxyde rouge, salicylate et calomel, incorporés à de la vaseline et mis en contact pendant 24 heures avec la peau. Sur les individus normaux, le sublimé a déterminé dans la moitié des cas la formation de vésicules, et dans tous les cas, de l'infiltration et de la rougeur ; le cyanure, des vésicules dans le quart des cas, et toujours de l'infiltration et de la rougeur. Les autres mercuriaux ont causé de l'érythème dans quelques cas. Chez les individus sensibles, les réactions ont été violentes avec tous les composés, tout particulièrement, le sublimé et le cyanure. Ces corps doivent cette propriété à leur solubilité. L. Chatellier.

Un cas d'acrodermatite continue suppurée d'Hallopeau (Ueber einen Fall von Akrodermatitis continua suppurata (Hallopeau)), par A. Sossiuska. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, no 46, 15 novembre 1930, p. 1687.

Un cas limité au pouce droit, observé chez une fille de 19 ans. La lésion date de 2 ans. Pas de résultats thérapeutiques.

Ch. Audry.

Dermatose professionnelle par le sel de cuisine (Gewerbeschädigung der Haut durch Kochsalz), par S. Somogui. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, no 46, 15 novembre 1930, p. 1691, 1 fig.

Chez 7 manœuvres qui portaient des sacs remplis de sel sur les épaules et le dos, l'auteur a observé des lésions cutanées en forme d'ulcérations nécrotiques multiples, à fonds noirs et secs, à bords cycliques, associées ou non à des folliculites disséminées. Il n'a pu les reproduire par inoculation et scarification. Il pense que l'action mécanique du poids du sac joue un rôle dans la genèse de cette lésion ainsi que le pouvoir hygroscopique du sel, sur lequel on a déjà attiré l'attention, en tant que pathogène. CH. AUDRY.

Sur la valeur de la réaction d'éclaircissement de Meinike comparée à la réaction de Wassermann et à la réaction d'opacification de Meinicke (En particulier sur la portée clinique d'une réaction d'éclaircissement positive quand la R. W. et la réaction d'opacification sont négatives). (Ueber die klinische Bedeutung der M. K. R. im Vergleich mit der W. R. und M. T. R. (Insbesondere die Frage der klinischen Beurteilung einer positiven M. K. R. bei negativer W. R. und M. T. R.)), par O. MÜLLER et ROTTMANN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 46, 15 novembre 1930, p. 1695.

Les auteurs ont comparé les trois méthodes. Pour la réaction d'éclaircissement (M. K. R.), ils ont ajouté 0,02 o/o de carbonate de soude à la solution salée à 3,5 o/o.

Pour la réaction de Wassermann, M. et R. ont employé la technique de Kaup (15 minutes au bain-marie à 37°, avant l'addition du système hémolytique) et la technique de Graetz et Schwab (10 minutes à la glacière à 4°, 10 minutes à la température du laboratoire et 10 minutes au bain-marie à 37° avant l'addition du système hémolytique). Sur 3.788 sérums examinés par les 3 méthodes, ils ont obtenu : 1.017 réactions positives concordantes (26,85 o/o), 2.187 réactions négatives concordantes (57,73 o/o) : au total, 3.204 réactions concordantes (84,58 o/o), et 584 (15,42 o/o) réactions discordantes, dont 9 seulement avec M. K. R. négative et les deux autres positives ; 254 avec M. K. R. positive seule ; 54 avec réaction de Wassermann positive seule ; 31 avec réaction de Wassermann négative seule ; 4 avec M. T. R. positive seule, et 232 avec M. T. R. négative seule. La méthode de Graetz et Schwab rend la réaction de Wassermann plus sensible. La seule M. K. R. positive ne suffit pas, en l'absence de tout signe clinique, à provoquer la reprise du traitement, à moins que celui-ci n'ait été insuffisant, mais elle implique la nécessité d'un contrôle, en particulier du liquide céphalo-rachidien. L. CHATELLIER.

Réaction imprévue aux rayons limites (Unerwünschte grenzstrahlreaktionen), par F. BLUMENTHAL et L. BÖHMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 47, 22 novembre 1930, p. 1720.

Chez 8 malades (un psoriasis, deux eczémas), apparut après l'irradiation un érythème accompagné d'œdème, de douleur et de prurit localisés, et suivi deux fois de pigmentation. Vérification faite, erreur de dosage due à la suppression d'un diaphragme employé lors des mensurations. L. CHATELLIER.

Traitement du chancre simple par le myosalvarsan (Ueber die Behandlung des Ulcus molle mit Myosalvarsan), par S. v. Szentkiralyi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 47, 22 novembre 1930, p. 1722.

S. a obtenu de bons résultats en pratiquant une injection infiltrante dans le prépuce avoisinant le chancre avec du myosalvarsan à la dose de 0,075 à 0,15 dans un centimètre cube d'eau distillée. Habituellement, la guérison se fait en 8 ou 15 jours. Il est intéressant de remarquer que cette action curative ne s'observe qu'en cas de chancre simple pur, et non s'il y a chancre mixte. Ch. Audry.

Contribution à la clinique du sarcoïde (Beiträge zur klinik der Sarcoide), par E. Liebner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 48, 29 novembre 1930, p. 1743.

Avec Goeckermann, L. admet que les sarcoïdes comprennent : les sarcoïdes de Boeck, le sarcoïde de Darier-Roussy, le lupus pernio, l'érythème induré de Bazin et la tuberculide noueuse de Wende.

Sarcoïde de Darier et érythème induré ne se différencieraient que par le siège et par l'absence de caséification centrale. A ce propos, il cite ou rappelle des observations où le traumatisme (injections thérapeutiques) a localisé l'éruption. La réaction négative à la tuberculine est le témoignage d'une anergie spécifique. Elle n'est pas constante et l'apparition d'une réaction positive amène la disparition du sarcoïde. On sait du reste que la biopsie seule provoque cette régression spontanée, dans le granulome annulaire en particulier. La tuberculine a guéri dans un cas le nodule, mais seulement quand l'injection a déterminé une réaction positive. Ces granulomes inflammatoires demandent parfois à être séparés des tumeurs véritables : sarcomes, fibro-sarcomes, les sarcoïdes en tumeur de Joseph et Spiegler. Pour ces derniers, la discrimination histologique avec le fibro-sarcome est très difficile. Mais celui-ci ne régresse jamais. L. Chatellier.

Alopécie durable dans les mycoses du cuir chevelu par la radiothérapie (Ueber Daueralopezien bei Mykosen des behaarten Kopfes nach Röntgenbestrahlung), par A. Buschke et R. Doctor. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 48, 29 novembre 1930, p. 1747.

Observation d'une alopécie totale durable survenue chez une jeune enfant traitée par les rayons X, sans erreur de dosage. Deux autres enfants traités le même jour par les mêmes doses ont eu une repousse complète. Le seul fait anormal chez la petite malade est une rougeole guérie peu avant le traitement radiologique. Il convient peut-être de faire intervenir une altération des glandes endocrines, dont on connaît l'influence sur les alopécies spontanées. A ce propos, revue générale des cas analogues publiés. Pour éviter les graves inconvénients de la radiothérapie des teignes, B. et D. ont associé aux rayons l'acétate de thallium, ce qui permet d'employer des doses des uns et de l'autre inférieures notablement aux doses toxiques. D'autre part, l'acétate de thallium déter-

mine une repousse très active des cheveux. Un traitement nouveau de la microsporie serait fourni par les rayons-limites de Bucky qui peuvent être associés au thallium à faible dose. La teigne guérit sans chute des cheveux. Deux malades ont été ainsi traités.

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Acrodermatite continue ou perstans et psoriasis pustuleux (Acrodermatitis continua vel perstans and psoriasis pustulosa), par Barber. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 505, nov. 1930, p. 500, 16 fig.

Deux ordres de faits doivent être distingués suivant B. :

1° L'acrodermatite continue vraie qui débute par l'extrémité d'un doigt, à la suite d'un traumatisme infectant, par une lésion pyogène, le plus souvent une périonyxis, souvent un panaris profond. De cette localisation unique et unilatérale, l'affection peut s'étendre, se généraliser et atteindre même les muqueuses. Les lésions restent toujours irrégulières dans leur distribution, jamais il n'y a de symétrie. La lésion primitive est toujours une pustule ou une phlyctène contenant un staphylocoque doré particulièrement résistant, pouvant se développer même sur des muqueuses, pouvant être quelquefois décelé dans les matières des malades et caractérisé bactériologiquement par le fait qu'il pousse sur le milieu de Conradi-Drigalski, habituellement réfractaire au staphylocoque.

2° Le second groupe, qui doit être dissocié de l'acrodermatite continue, est représenté par une forme pustuleuse du psoriasis, affectant symétriquement les paumes des mains et les plantes des pieds. La localisation caractéristique de ces lésions est à l'éminence thénar d'où elles peuvent s'étendre au premier espace interdigital, à l'éminence hypothénar, à la face de flexion des doigts. Aux pieds les lésions siègent primitivement à la partie moyenne interne de la plante. Les ongles sont rarement atteints ; lorsqu'ils le sont, on ne constate pas de suppuration, mais de l'hyperkératose sèche. Ces lésions sont érythémato-squameuses et pustuleuses, leur exfoliation est lamelleuse. Elles sont stériles et cet amicrobisme est aussi remarquable que celui du psoriasis.

Le fait à relever dans ce travail, toute question nosographique mise à part, est qu'il existe des kératodermies micro-pustuleuses palmaires et plantaires symétriques dans lesquelles les recherches bactériologiques et mycologiques les plus minutieuses n'ont pu déceler un agent pathogène.

S. Fernet.

Acrodermatite perstans et ses rapports avec le psoriasis (Acrodermatitis perstans and its relation to psoriasis), par Ingram. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 505, nov. 1930, p 489.

Il semble que certains auteurs rangent dans le cadre de l'acrodermatite continue des affections rebelles très diverses des extrémités. C'est

ainsi, qu'après avoir donné un aperçu bibliographique, I. distingue deux groupes de faits : des pyodermites chroniques des extrémités dues au staphylocoque doré, auxquelles il réserve le nom d'acrodermatite perstans et des dermites non infectieuses localisées aux extrémités, mais pouvant se généraliser. Ces dernières seraient fréquemment associées au psoriasis pustuleux. I. cite 4 observations se rapportant à ce groupe de faits : il s'agit de lésions érythémato-squameuses palmaires et plantaires s'accompagnant de vésicules stériles. Ces lésions sont caractérisées par l'absence d'un traumatisme initial infectant ou d'un foyer infectieux primitif, par la stérilité des lésions, par la présence de vésicules quelquefois interdigitales, également stériles, et ne guérissant pas par les traitements des épidermo-mycoses. Ces lésions coexistent souvent avec un psoriasis typique. S. FERNET.

Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer (Buenos-Ayres).

Développement d'un carcinome chez le lapin par l'action du tabac (Desarollo de un carcinoma en el conejo por el tabaco), par A. H. ROFFO. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 24, juillet 1930, 30 fig.

Poursuivant ses expériences relatives aux épithéliomas d'origine tabagique, R. arrive à la conclusion que la nicotine ne joue aucun rôle dans la genèse de ces cancers. Les éléments actifs sont surtout les produits de combustion et plus spécialement les huiles essentielles, les pyridines, les substances empyreumatiques.

Leur action est double : ils irritent les tissus et provoquent des troubles pharmaco-dynamiques. J. MARGAROT.

Les lipoïdes dans la nutrition et le développement des tumeurs (Los lipoides en la nutricion y el desarollo de tumores), par A. H. ROFFO. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 24, juillet 1930, p. 539, 8 fig.

Une alimentation riche en lipoïdes (lipoïdes du cerveau, de la capsule surrénale, lipoïdes de carcinomes et de sarcomes) facilite au plus haut degré le développement du cancer expérimental du rat.

J. MARGAROT.

La photoactivité de la cholestérine en rapport avec le cancer (La fotoactividad de la colesterina en relacion con el cancer), par A. H. ROFFO. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 24, juillet 1930, p. 555, 26 fig.

Il existe une hypercholestérinie cutanée des régions exposées au jour. La cholestérine est, d'autre part, activée par la lumière, dont elle est un véritable accumulateur organique.

Le processus peut aller jusqu'à la production d'une néoplasie si l'on

considère que le tissu cancéreux se caractérise par une hypercholestérinie et par une grande activité des fonctions cellulaires.

J. MARGAROT.

La perte en eau du tissu néoplasique en rapport avec la vie, étudiée dans les cultures « in vitro » (La perdida de agua del tejido neoplasico en relacion con la vida, estudiada en las culturas *in vitro*), par A. H. ROFFO. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer,* 7ᵉ année, nº 24, juillet 1930, p. 596, 9 fig.

Alors que les cultures de tissus normaux continuent à se développer avec une perte en eau de 80 o/o, la déshydratation d'un tissu néoplasique arrête la multiplication cellulaire lorsque cette déshydratation atteint 23 o/o.

J. MARGAROT.

Glycolyse et insuline dans les tissus normaux et néoplasiques cultivés « in vitro » (Glucolisis e insulina, en los tejidos normales y neoplasicos cultivados in vitro), par A. H. ROFFO et R. FERRAMOLA. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7ᵉ année, nº 24, juillet 1930, p. 612.

La glycolyse qui se produit dans les tissus augmente du fait de la croissance du tissu et devient plus intense encore sous l'influence de l'insuline. Elle atteint 80 o/o dans une culture de cœur d'embryon de poulet et près de 100 o/o dans une culture de sarcome.

J. MARGAROT.

Étude de l'action du rouge neutre et de ses sels sur le développement des cultures « in vitro » (Estudio del rojo neutro et sus sales sobre el desarollo de los cultivos in vitro), par A. ROFFO et O. CALGAGNO. *Boletin del Instituto de medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer,* 7ᵉ année, nº 24, juillet 1930, p. 651 ; 50 p., 21 fig.

Les sels de rouge neutre n'exercent pour la plupart aucune action sur le développement des tissus cultivés *in vitro*. Seul, présente une action inhibitrice le métal associé (cuivre, cobalt, cadmium, sélénium, etc.).

J. MARGAROT.

La pommade au rouge neutre du professeur Roffo dans le traitement des blessures, des ulcères et dans le nettoyage des tumeurs (La pomada de Rojo Neutro del profesor Rofo en el tratamiento de heridas, ulceras, limpieza de tumores, etc.), par M. SQUIRRU. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7ᵉ année, nº 24, juillet 1930, p. 766.

La pommade de Roffo a donné à l'auteur d'excellents résultats dans le traitement des blessures, des ulcères, dans le nettoyage des tumeurs, dans les radium et les radiodermites, ainsi que dans diverses affections cutanées.

J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Contribution à l'étude des septicémies d'origine buccale (Beitrag zur Frage der Oralsepsis), par W. Kerl. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, no 45, 6 septembre 1930, p. 1365.

La notion de maladies générales causées par les affections dentaires n'est pas nouvelle : elle date d'environ 100 ans. Mais c'est l'école américaine qui a mis en relief, avant la guerre, les septicémies d'origine dentaire (*oralsepsis*). Parmi leurs manifestations cliniques qui intéressent le dermatologiste, K. range l'érythème polymorphe et l'érythème noueux. Dans trois observations, il a pu constater par la radiographie l'existence de lésions dentaires (granulomes, caries, ostéite). Les soins locaux ont amené rapidement la sédation puis la disparition des phénomènes généraux et de l'éruption. K. n'est arrivé à penser à une septicémie d'origine dentaire qu'après réponse négative de toutes les autres investigations. Au reste, il est d'autres exemples, en dermatologie, d'érythèmes polymorphes provoqués par un foyer infectieux : chancrelle, blennorragie, lymphogranulomatose inguinale, ulcère aigu de la vulve, etc. L. Chatellier.

Une étude sur la sérologie de la blennorragie (Ein Beitrag zur Serologie der Gonorrhœ), par C. Bucura et J. Schwartz. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, no 46, 13 novembre 1930, p. 1405.

Le sérum antigonococcique, obtenu chez l'animal par injection intrapéritonéale de gonocoques, est considéré par les uns comme un traitement spécifique, par les autres comme une thérapeutique d'excitation sans spécificité. La sérothérapie souligne l'immunité spontanée dont jouissent les animaux contre le gonocoque. Quelle en est la nature ? S'agit-il d'une immunité spécifique, liée à la présence d'anticorps dans le sérum des animaux ? Corbus évalue le pouvoir immunisant des sérums antigonococciques par la déviation du complément et ne retient que les sérums qui donnent une réaction fortement positive. B. et S. ont cherché si le sérum des animaux non préparés ne donne pas également des réactions positives. Ils ont pratiqué la réaction de Müller-Oppenheim sur 65 animaux divers (bœuf, cheval, etc.), qui n'avaient pas été injectés avec des gonocoques. 36 d'entre eux l'avaient été avec d'autres microbes. Sur les 63 sérums, 60 réactions positives. Or, 23 sérums ont été examinés deux fois. En tout : 88 examens sérologiques, dont 81 positifs, 3 négatifs et 4 douteux. La constance des résultats parle, d'après les auteurs, en faveur d'une immunité spécifique. B. et S. traitent des blennorragiens par des injections de sérum d'animal non immunisé, mais à réaction positive. Résultats non encore publiés. L. Chatellier.

Etat de la pression veineuse dans la mésaortite syphilitique (Ueber das Verhalten der Venendrucks bei der Mesaortitis luetica), par F. Kisch. *Wiener Klinische Wochenschrift*, no 46, 13 novembre 1930, p. 1408.

K., au moyen d'un dispositif très simple (d'après Gärtner), a étudié la pression veineuse chez 42 malades (31 hommes, 11 femmes), atteints de mésaortite syphilitique. Il a trouvé cette pression augmentée dans 78,5 o/o des cas. Elle est due à une stase dans le cœur droit, mais elle peut aussi relever d'une compression de la veine cave supérieure du côté de la dilatation de l'aorte ascendante. Il peut arriver que la pression veineuse soit plus élevée dans les veines du bras droit que dans celles du bras gauche, ce qui tient à une compression exercée par l'aorte dilatée sur la veine anonyme qui ralentit le cours du sang dans le côté gauche. Cette différence entre la pression veineuse à droite et à gauche constitue un bon symptôme de mésaortite syphilitique.

Ch. Audry.

Traitement du lupus vulgaire par la diète de Gerson (Therapie des Lupus vulgaris und dei Gerson Diät), par R. Volk. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 48, 27 novembre 1930, p. 1461.

On sait que Sauerbruch et Hermannsdorfer ont appliqué à la tuberculose chirurgicale le régime empiriquement déterminé par Gerson. Rappelons brièvement que ce régime comporte la suppression totale du sel de cuisine, un végétarisme presque total, un dosage précis d'albumine, de graisse et d'hydrates de carbone. Après avoir résumé les données et hypothèses biochimiques, formulées au sujet de ce régime, V. s'attache à en étudier les résultats dans le traitement du lupus ; cette thérapeutique a été étudiée de divers côtés en Allemagne, et principalement à Giessen par Jesionek et ses élèves qui en ont retiré, sur 300 malades d'excellents résultats. Le régime amène en quelques jours une régression totale des éléments d'après 2 processus : tantôt une résorption progressive après œdème local léger, tantôt une disparition progressive après une réaction inflammatoire assez vive. Les essais de V. qui portent sur 80 sujets sont trop récents pour qu'il puisse porter un jugement définitif. Cependant, il les considère comme extrêmement encourageants. Du reste, jusqu'à ce jour, il associe encore la cure de régime à l'emploi des autres méthoses thérapeutiques. V. admet que sauf constatation ultérieure, et une observation plus ancienne, la méthode est très recommandable ; mais elle est d'un emploi difficile (multiplicité des repas : 7 par jour ; dosage des aliments, surveillance) et nécessite ou rend presque nécessaire un séjour dans un établissement de cure.

La Gerson-Diät rend d'ailleurs de très grands services dans le traitement des tuberculoses chirurgicales et d'autres dermatoses tuberculeuses que le lupus. Le lupus érythémateux est relativement réfractaire. (Je crois avoir eu moi-même un bon résultat dans un cas grave de lupus érythémateux subaigu, mais j'avais donné des sels d'or, et la cure n'empêcha pas une érythrodermie aurique. Le régime m'a paru très difficile à suivre. — N. d. T.). Ch. Audry.

Bruxelles Médical.

Ce qui reste de l'eczéma ; question de mots, par Ch. Audry. *Bruxelles Médical*, 11e année, n° 2, 9 novembre 1930, p. 27.

« Les vieux dermatologistes et ceux qui connaissent un peu les traditions, ne trouveront guère dans cet article que des banalités ». Les discussions suscitées par l'eczéma au Congrès de Copenhague ont mis en évidence une crise verbale désagréable pour les esprits amis de la clarté, ajoute le Pr Audry. On doit réserver le mot eczéma à un syndrome caractérisé par la morphologie traditionnelle, clinique et anatomique, par l'incurabilité, la récidive, toujours imminente, par une hérédité infaillible entendue dans le sens large. Parler d'eczéma mycosique est doublement condamnable, puisque ce terme s'applique aussi bien à un mycosis fongoïde eczématoïde, à une trichophytie eczématiforme. Il faut désigner comme eczématiformes ou eczématoïdes les faux eczémas, les eczémas provoqués ou artificiels, certaines manifestations du mycosis fongoïde, de nombreuses variétés mycétiques. Il faut remplacer le terme et la notion d'eczématisation par celle d'eczématoïdisation, d'eczématiformation. H. Rabeau.

Le pian et la syphilis seraient-ils une seule et même affection ? par R. van Nitsen, P. Lejeune Méguens, (Elisabethville), G. Serro (Albertville) et F. van den Branden (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, 11e année, n° 5, 30 novembre 1930.

La ressemblance entre la *framboesia tropica* et la syphilis est telle que d'aucuns ont pensé qu'on pouvait résolument entrer dans la voie de l'unicité. Les avis sont partagés, pourtant il semble que les dualistes dominent ; ils argumentent d'abord que les spirochètes sont différents, que les manifestations sont différentes : dermiques pour le pian ; muqueuses et viscérales pour la syphilis ; que le pian est facilement guérissable en une ou deux injections de néo, que le mercure est sans grande action, enfin que le pian ne provoque pas d'avortement et qu'on voit rarement des accidents tertiaires. A tous ces arguments, les unicistes ont des réponses : possibilité de races différentes de spirochètes, affinité dermique de la peau des Nègres ; le malade blanchi après 2 injections de néo, ne revient pas à la visite et on ne peut juger des rechutes ; le mercure met simplement plus longtemps à guérir que le néo, etc.

Les docteurs de Van den Branden, Lejeune, J. Seno apportent leur appui à la théorie dualiste : évolution différente des deux affections ; immunité vis-à-vis de la syphilis ne valant pas vis-à-vis du pian ; différenciation du pian et de la syphilis par l'inoculation aux singes.

Meguens et Van Nitzen (d'Élisabethville) sont également très formels, ces deux affections ne peuvent être confondues. H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Trois cas de maladie de Schamberg (Tres casos de enfermedad de Schamberg), par J. Salaverri. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 9, juin 1930, p. 713, 13 fig.

Depuis la description de Schamberg on a publié une cinquantaine de cas de la dermatose à laquelle il a donné son nom. On note entre eux certaines différences au point de vue clinique et histologique, en particulier, en ce qui concerne le pigment mélanique.

L'étude de trois malades, chez l'un desquels coéxistaient des lésions anciennes et récentes, donne la raison de ces discordances, en établissant que la présence ou l'absence de mélanine dépend de l'ancienneté de la plaque pigmentée.

Cliniquement, les placards les plus typiques offrent trois zones : la première, centrale, est de coloration brun foncé ; la deuxième, couleur café au lait, présente un pointillé discret d'éléments ayant le volume d'une tête d'épingle et la teinte rouge du poivre de Cayenne. La troisième zone, périphérique, n'est pas pigmentée et se caractérise uniquement par un semis de grains rouges identiques à ceux de la zone intermédiaire, mais beaucoup plus nombreux.

Dans les trois cas, l'examen histologique met en évidence une disparition des papilles, d'autant plus marquée que la lésion est plus ancienne, une grande infiltration du derme et la présence d'hémosidérine.

Lorsqu'il s'agit d'altérations récentes, les papilles sont encore visibles, bien qu'en voie de désorganisation. On trouve une grande quantité d'hémosidérine, mais pas de mélanine.

Dans les lésions anciennes les papilles ont disparu et l'on trouve non seulement de l'hémosidérine, mais de la mélanine.

J. Margarot.

Un cas géant de colloïd-milium (Un caso gigante de milium coloide), par A. Navarro Martin et C. Aguilera. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 9, juin 1930, p. 728, 3 fig.

Cas véritablement monstrueux de colloïd-milium, donnant au visage du malade un aspect qui rappelle le faciès léonin des lépreux.

De petites tumeurs nodulaires couvrent la totalité du front, les joues, le dos des mains. Elles sont translucides, molles, de coloration gris jaunâtre. Les plus grosses ont le volume d'un haricot. Par places les téguments présentent les caractères de la *peau citréine* de Milian.

Sous un épiderme atrophié on trouve dans le derme des cavités divisées par de minces cloisons et remplies d'une masse homogène hyaline, prenant avec l'hématoxyline ferrique Van Gieson une teinte jaune-gris, ou même franchement noirâtre. La thionine la colore en azur verdâtre, tandis que le tissu conjonctif normal apparaît en rose. Il n'existe pas d'altérations vasculaires.

Les lésions consistent par conséquent en une dégénérescence colloïde du derme, ou pseudo-colloïd-milium, portant sur la trame connective et élastique sous-épidermique. Le problème de la nature de la substance homogène hyaline (collacine, élacine et collastine) n'est pas encore complètement résolu. Il ne s'agit vraisemblablement pas d'une substance spéciale, mais d'un mélange dérivant du collagène et de l'élastine et formé de matériaux acidophiles et basophiles sans affinités colorantes précises. J. MARGAROT.

Métabolisme basal dans la pelade et dans l'acné (Metabolismo basal en la pelada y en el acne), par J. S. COVISA et L. SOLLA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 9, juin 1930, p. 733.

Les chiffres trouvés chez les sujets atteints de pelade sont le plus souvent inférieurs à la normale. L'abaissement du métabolisme basal est net dans 18 cas sur un total de 32, soit dans une proportion de 65 o/o. Ces malades ont été améliorés par l'opothérapie thyroïdienne.

En ce qui concerne les acnéiques, un grand nombre d'entre eux peuvent être rangés dans le groupe, établi par Marañon, des « Hypométaboliques non myxœdémateux ». Le trouble de la nutrition ne se manifeste par aucun symptôme clinique et ne peut être décelé que par la recherche du métabolisme basal. J. MARGAROT.

Une curieuse pigmentation unguéale (Una curiosa pigmentacion ungueal), par M. F. CRIADO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, n° 9, juin 1930, p. 733, 2 fig.

Une femme de 32 ans, atteinte d'un lupus érythémateux de la face avec lésions endonasales traitées par des attouchements avec une solution de nitrate d'argent à 2 o/o, présente sur les ongles de la main des taches noir-bleuté ayant des reflets métalliques. Il s'agit d'un dépôt de fines granulations argentiques. On ne trouve aucune autre des localisations habituelles de l'argyrie. Contrairement à la règle de la persistance indéfinie de cette pigmentation, les taches ont disparu au bout de quelque temps du fait de la croissance des ongles.

J. MARGAROT.

Crise nitritoïde intense après une injection intramusculaire de Novasurol (Crisis nitritoide intensa tras novasurol intramuscular), par J. de la PUERTA. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 22e année, n° 9, juin 1930, p. 735.

Un malade atteint d'iritis et de syphilis nasale présente de l'intolérance vis-à-vis des préparations bismuthiques et iodiques et réalise des crises nitritoïdes à l'occasion d'injections intraveineuses de néosalvarsan. L'auteur essaie le néosalvarsan intramusculaire associé à des injections de novasurol. La première injection de chacun de ces deux produits est bien tolérée. La deuxième injection de novasurol (1 centimètre cube) donne lieu à une crise nitritoïde grave. J. MARGAROT.

Sur la radiothérapie de la dermatite de Duhring (Sobre la radioterapia de la Dermatitis de Duhring), par Bejarano et R. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 742.

Contrairement aux conclusions de Gouin et Bienvenue, J. B. et R. H. admettent avec Krynski que la radiothérapie peut donner d'excellents résultats dans la maladie de Dühring.

L'irradiation est faite en deux champs, centrés l'un par la 4e vertèbre dorsale, l'autre par la 12e, avec une dose de 4 H. pour chaque champ, un filtre d'aluminium de 3 millimètres et une distance de 25 centimètres du foyer à la peau.

Parallèlement à la régression des éléments éruptifs, l'éosinophilie diminue d'une façon notable dans la plupart des cas.

J. Margarot.

Lichen plan de Wilson (Liquen plano de Wilson), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, juin 1930, p. 751, 2 fig.

Un lichen plan généralisé est traité par des doses massives de cacodylate de soude sans présenter la moindre amélioration clinique pendant une vingtaine de jours. On fait alors une ponction lombaire (qui donne un liquide absolument normal). Immédiatement, avec une rapidité qui ne saurait être attribuée à une coïncidence, les lésions régressent et desquament. La guérison est complète en trois semaines.

J. Margarot.

Le bactériophage en dermato-vénéréologie (El bacterisfago en Dermatovenereologia), par Pelayo Gomez y Martinez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 756.

L'action du bactériophage paraît supérieure à celle de la vaccination antistaphylococcique. Les réactions générales et locales sont plus faibles. Le traitement est plus rapide et convient davantage aux cas aigus (furoncles, adénites, phlegmons, ecthyma, pyodermites profondes). Il n'est pas indiqué dans l'impétigo vulgaire, ni dans les pyodermites superficielles qui sont facilement combattus par les topiques habituels.

J. Margarot.

Les myomes cutanés (Los miomos cutáneos), par José S. Covisa. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 760, 3 fig.

Les myomes cutanés constituent une affection rare dont on ne compte pas plus de 65 cas publiés.

Un homme de 26 ans présente depuis plusieurs années de petits nodules occupant l'épaule et le tiers supérieur du bras gauche, ainsi que le côté gauche du visage. Leur topographie a un certain aspect zoniforme.

Les tumeurs ont des dimensions qui varient de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une moitié de noix. Elles sont de consistance dure, lisses, non adhérentes au plan profond. Leur coloration est rougeâtre, parfois jaunâtre. La pression détermine une douleur d'autant plus vive que la tumeur est plus volumineuse.

En outre il se produit des crises douloureuses étendues à toute la surface malade. Elles surviennent soit spontanément, soit à l'occasion d'un changement de température, soit par le frottement des vêtements. Au cours de l'accès, les élevures pâlissent ; leur coloration rouge disparaît à peu près complètement.

L'examen histologique montre sous un épiderme légèrement atrophié une tumeur intradermique, constituée par un grand nombre de faisceaux de fibres musculaires lisses, entrecroisés dans toutes les directions. En quelques points on voit des fibres nerveuses soit isolées, soit en faisceaux, soit en réseau.

J. S. C. étudie, à propos de cette observation, les diverses classifications proposées depuis le travail de Besnier.

Le cas qu'il apporte entre dans la catégorie des dermatomyomes vrais, multiples et disséminés. Les tumeurs paraissent avoir pour origine les muscles arrecteurs.

Il traite les plus volumineuses par l'électro-coagulation et les autres par la neige carbonique ou l'acide trichloro-acétique à saturation.

J. Margarot.

Deux cas de psoriasis avec syndrome hypophysaire (Dos casos de psoriasis con sindrome hipofisario), par A. Navarro Martin et D. Canassco Parsal. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 766.

Chez un malade atteint de psoriasis existe un diabète insipide, coïncidant avec de légers signes d'hyperfonctionnement du lobe antérieur de l'hypophyse. Un second cas se rapporte à un sujet présentant un infantilisme d'origine hypophysaire probable.

La coexistence du diabète insipide et du psoriasis n'a jamais été notée. Celle du psoriasis et de l'infantilisme n'est signalée que dans deux observations, l'une de Rochlin, l'autre de Marañon.

Buske et Curth ont mesuré la selle turcique chez trente-deux psoriasiques et l'ont trouvée élargie dans cinq cas. Enfin Curth conclut des résultats de la réaction d'Abderhalden à un rôle non douteux de l'hypophyse chez de nombreux psoriasiques (12 sur 23), alors que ses essais avec d'autres glandes endocrines établissent que leur influence est faible ou même nulle.

J. Margarot.

Médiastinites syphilitiques et tumeur du médiastin (Médiastinitis sifiliticas y tumor de mediastino), par Ricardo Bertoloty. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 774.

Coexistence curieuse chez un même malade d'un processus inflammatoire et d'une tumeur du médiastin. Il est probable que le développement d'un kyste, ayant pour conséquence une irritation de la plèvre et du tissu conjonctif, a déterminé la localisation médiastinale d'une syphilis latente.

J. Margarot.

Récidives chancreuses (cas clinique) (Recidivos chancrosas, caso clinico), par Pelayo Gomez Martinez. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 22e année, no 9, juin 1930, p. 791.

Une ulcération d'aspect chancreux apparaît chez un malade traité depuis deux ans pour une syphilis incontestable. Le même sujet se présente, trois ans après, avec une nouvelle érosion du sillon balano-préputial ayant tous les caractères d'un accident primaire.

Pour diverses raisons et, en particulier, à cause d'un Wassermann positif contemporain du début du chancre, l'auteur conclut à une auto-superinfection, c'est-à-dire à une récidive chancreuse.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

La dermatologie et la syphiligraphie à Barcelone. Chronique mensuelle (La dermatologia y la sifiliografia en Barcelona. Cronica mensual), par Wüst Berdaguer *Quatrième Congrès des médecins de langue catalane.* Session du 22 juin 1930.

Contribution à l'étude chimique, étio-pathogénique et anatomo-pathologique de la fissure médiane persistante et solitaire de la lèvre inférieure (Contribucion al estudio clinico, etio-patogenico y anatomo-patologico de la fisura media persistente y solitaria del labio inferior), par J. Vilanova Montiu. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 6e année, no 61, oct. 1930, p. 25.

Les fissures médianes, uniques et solitaires de la lèvre inférieure peuvent être divisées en quatre groupes nettement individualisés au point de vue clinique, étiologique et thérapeutique.

1° Fissures en rapport avec l'hérédo-syphilis de la seconde enfance et de l'âge adulte, souvent accompagnées de fissures radiées des lèvres. A ce groupe correspondent les fissures décrites par Milian dans la syphilis héréditaire.

2° Fissure unique, siégeant sur une dépression labiale congénitale. Elle peut se transmettre par hérédité et présenter un caractère familial. Elle résiste aux traitements, récidive. Seule l'extirpation chirurgicale peut en venir à bout.

3° Fissures développées sur des plis normaux de la muqueuse labiale. Elles sont la conséquence d'un eczéma ou d'une infection microbienne, souvent streptococcique. Elles guérissent par le traitement de la dermite.

4° Fissure labiale tuberculeuse. Elle est très rare et habituellement associée à d'autres lésions bacillaires de la cavité buccale.

J. Margarot.

La Pediatria Espanola (Madrid).

Chancre syphilitique de la lèvre chez un enfant de dix-huit mois (Chancro sifilitico del labio de un miño de diez y ocho meses), par J. Velasco Pajares. *La Pediatria Española,* 19e année, no 216, septembre 1930.

Chancre syphilitique de la lèvre inférieure chez un enfant de dix-huit ans, allaité par une mère saine. Il présente tous les caractères morpho-

logiques de l'accident primitif typique de l'adulte, ce qui est assez peu fréquent, puisque sur quatorze cas de syphilis primaire des lèvres observés par V. P., quatre seulement avaient l'aspect de l'érosion classique.

La contamination s'est faite vraisemblablement par un hochet en gomme que l'enfant portait à la bouche et qui avait été sur les lèvres d'une femme atteinte de syphilis. J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Erythème annulaire centrifuge, par Graham et Throne. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 5, nov. 1930, p. 777, 6 fig.

Description de six cas d'érythème annulaire centrifuge. Revue bibliographique. S. Fernet.

Steatocystoma multiplex, par Ormsby et Finnerud. *Archives of Dermatology and Syphilology* vol. XXII, nº 5, nov. 1920, p. 823, 7 fig.

On décrit sous ce nom des formations kystiques multiples, siégeant sur le tronc et les membres et simulant des neuro-fibromes, des lipomes, des xanthomes ou des syringo-cystadénomes. Au nombre de quelques centaines, ces formations varient de la taille d'une tête d'épingle à celle d'un grain de café ou plus. La peau qui les recouvre garde sa coloration normale ; quelquefois elle est bleutée ou jaunâtre, rappelant alors les xanthomes. Ces lésions sont mobiles avec la peau, molasses, pseudo-fluctuantes, indolores ; leur durée est indéfinie. A leur sommet ou sur leur côté on constate quelquefois la présence d'un point noir, sorte de cône corné enchassé dans la peau et ressemblant à un comédon. La ponction de ces lésions ramène un liquide laiteux, épais, inodore. Certains éléments se vident spontanément par suppuration et ne récidivent pas.

O. et F. en ont observé deux cas chez des hommes jeunes chez qui l'affection évoluait depuis de nombreuses années sans occasionner de troubles subjectifs ; on ne constatait chez eux ni séborrhée, ni acné, ni comédons.

L'examen histologique de ces pseudo-tumeurs montre qu'à la suite de l'obstruction probable de l'orifice pilo-sébacé par une formation cornée en forme de coin, il se produit une dilatation kystique du canal excréteur de la glande sébacée qui continue à y déverser sa sécrétion graisseuse jusqu'au moment où, comprimée par le kyste, elle s'atrophie.

S. Fernet.

Nodule de l'oreille simulant le « nodule douloureux de l'oreille » (Nodule of the ear simulating chondro-dermatitis nodularis chronica helicis), par Klauder. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 5, nov. 1930, p. 833, 6 fig.

Le nodule décrit par K. a été observé uniquement chez des femmes et paraît être causé par la compression prolongée par des chapeaux serrés,

des casques de téléphonistes ou des coiffes de religieuses. Ce nodule est toujours unique mais peut exister aux deux oreilles. C'est une élevure papuleuse dure, rouge, facilement mobilisable avec la peau, non adhérente au cartilage. Elle siège à la partie moyenne la plus saillante de l'anthélix et n'est nullement douloureuse ; ces caractères la différencient nettement du nodule douloureux qui siège au sommet de l'hélix, adhère au cartilage, est déprimé au centre par une croûte et ne paraît avoir été constaté que chez des hommes. K. n'a pas examiné histologiquement la lésion qu'il décrit ; il paraît la considérer comme un durillon qu'il rapproche de celui qui se forme au médius droit par suite de la compression exercée par le porte-plume et de l'épaississement cutané du cou des violonistes. S. Fernet.

Études expérimentales sur l'eczéma ; les rapports du potassium, du calcium total et du calcium diffusible dans le sang au cours des dermatoses. (Experimental studies in eczema, studies of the potassium total and diffusible calcium ratios in the blood of patients with diseases of the skin), par Klauder et Brown. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, nº 5, nov. 1930, p. 877.

Les estimations des rapports du K au Ca total dans le sang ont peu de valeur car 30 à 50 o/o du Ca est combiné aux protéines, non diffusible et non utilisable pour les tissus. Il semble même qu'une partie seulement du Ca diffusible est vraiment utilisée.

En tenant compte de cette réserve, K. et B. ont déterminé le rapport K/Ca chez 120 malades atteints de dermatoses diverses, conditionnées par des dystonies sympathiques ou endocrino-végétatives : prurit généralisé, urticaire, œdème angio-neurotique, dermographisme, érythème pernio, prurigo de Besnier.

Sur 120 malades, 78 avaient des rapports K/Ca normaux (de 1,72 à 2,08) et 29 seulement présentaient une déficience du Ca sanguin. L'abaissement du taux du Ca n'a été constaté dans aucune dermatose d'une façon constante ; on l'a trouvé incidemment au cours d'affections diverses sans jamais pouvoir établir pour aucune d'elles un rapport direct avec la déficience du calcium. Seul le prurigo de Besnier a paru faire exception. Dans cette affection, tandis que le Ca total se maintenait dans les limites normales, le Ca diffusible était abaissé assez fréquemment et, par conséquent, le rapport K/Ca diffusible — souvent très élevé.

Le prurigo de Besnier seul nous permet donc de constater un trouble du métabolisme que nous recherchons dans les affections allergiques, celles qui s'accompagnent de vagotonie et qui résultent d'une insuffisance endocrinienne et d'une hypo-excitabilité du sympathique. L'analogie qui existe entre toutes ces affections permet de conclure à l'utilité du traitement calcique. S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le pronostic de la neurosyphilis asymptomatique précoce et tardive (The prognosis of early and late asymptomatic neurosyphilis), par MOORE et HOPKINS. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCV, nº 22, 29 novembre 1930, p. 1637.

M. et H. ont pu suivre pendant de longues années 123 syphilitiques qui, dès le début ou au cours de leur maladie, ont présenté des méningites asymptomatiques révélées par l'examen du liquide céphalo-rachidien et qui furent tous régulièrement et longuement soignés.

Sur ces 123 malades, 16 ont présenté des neuro-syphilis graves avec prédominance de paralysie générale et de tabès ; 38 ont conservé ou ont vu s'aggraver l'état pathologique de leur liquide céphalo-rachidien et ont présenté des symptômes nerveux divers, plus ou moins marqués, dont la nature syphilitique était probable, mais non certaine ; 66 sont restés indemnes de manifestations nerveuses quelconques, l'état de leur liquide céphalo-rachidien s'est amélioré ou est resté stationnaire.

S. FERNET.

Neuro syphilis familiale (Familial neurosyphilis), par DENNIE. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCV, nº 21, 29 novembre 1930, p. 1571.

L'étude de la syphilis nerveuse, au point de vue de ses conséquences familiales, a fourni à D. l'occasion de relever quelques particularités sur un certain nombre de familles observées. Tout d'abord, la syphilis des descendants reproduit rarement la neuro-syphilis des parents ; l'existence d'un virus neurotrope, transmissible par hérédité, n'est donc pas confirmée par les faits ; les enfants des paralytiques généraux, par exemple, présentent des kératites interstitielles, des ostéites, des troubles dystrophiques divers mais rarement une paralysie générale. Seuls les descendants des tabétiques sont assez fréquemment atteints de tabès ; de toutes les formes de syphilis nerveuse, c'est du reste le tabès qui fournit le plus fort pourcentage de neuro-syphilis héréditaires. On peut se demander s'il s'agit d'une virulence particulière de l'infection ou si, tout simplement, la longue évolution du tabès favorise plus la transmission que l'évolution relativement rapide des autres neuro-syphilis.

S. FERNET.

Nævo-carcinome consécutif à un nævus pigmentaire de la plante du pied (Pigmented mole of the sole of the foot resulting in melanotic sarcoma), par KURTZ. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCV, nº 21, 22 novembre 1930, p. 1586.

Généralisation nævo-carcinomateuse rapide après ablation chirurgicale d'une petite ulcération à bords noirâtres de la plante du pied.

S. FERNET.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution au diagnostic du lupus érythémateux, par G. I. Mestchersky. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, nº 9, novembre 1930, pp 690-691

Le diagnostic du lupus érythémateux est souvent fort difficile en raison du polymorphisme excessif de cette affection simulant fréquemment les séborrhéides, la couperose, l'érythème exsudatif, les érythèmes toxi-infectieux, etc. La confusion se fait facilement, surtout dans les formes aiguës, superficielles, faiblement squameuses et peu infiltrées, bref celles que Hardy appelait « scrofulide érythémateuse », Besnier — « type érythémateux du lupus érythémateux » et Brocq — « érythème symétrique centrifuge dans sa variété purement érythémateuse ».

La note de l'auteur a pour but de rappeler un signe spécial indiqué par Besnier pour distinguer le lupus érythémateux. Ce signe consiste en une douleur particulière ressentie par les malades au grattage de leur lésion avec une curette. Cette douleur pathognomonique s'explique par la fixation des parties superficielles de la lésion avec les parties profondes auxquelles elles adhèrent au moyen des petites épines pénétrant dans les orifices dilatés des follicules pileux. La séparation de ces couches à l'aide de la curette est toujours douloureuse. Ce symptôme important et constant a été indiqué par Besnier en 1892, mais a été oublié par les dermatologistes qui ne le mentionnent presque pas dans leurs manuels, c'est pourquoi il est indispensable de le faire ressortir de nouveau. Bermann.

Contribution à l'étiologie du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Duhring, par A. Kartamycheff. *Roussky Vestnik Dermatologuii,* t. VIII, nº 9, novembre 1930, pp. 691 696.

L'auteur a entrepris des recherches personnelles dans le but d'éclaircir l'étiologie du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Dühring qui n'est pas encore établie. Considérant que les sérums sanguins des malades atteints de pemphigus et de dermatite herpétiforme ne donnent pas de réaction de fixation du complément avec les antigènes non spécifiques, l'auteur a essayé de rechercher les anticorps spécifiques pour ces affections, en employant d'abord le contenu des bulles de ces malades, ensuite les extraits alcooliques et aqueux d'organes divers des sujets morts de ces maladies et enfin les extraits alcooliques des croûtes pemphigoïdes. En même temps, l'on faisait la réaction des sérums syphilitiques qui donnaient un Bordet-Wassermann positif et celle des sérums témoins qui montraient un Bordet-Wassermann négatif (270 cas en tout). Les substances utilisées comme antigènes étaient toujours préalablement titrées avec l'ambocepteur et le complément.

Les cas observés par l'auteur sont au nombre de 12, dont 5 hommes et 7 femmes parmi lesquels 4 cas de pemphigus vulgaire, 4 de pemphigus végétant et 4 de dermatite herpétiforme de Dühring.

Les recherches de l'auteur ont prouvé que le sérum sanguin des

malades porteurs de pemphigus et de dermatite herpétiforme de Dühring ne contient pas d'anticorps réagissant d'une façon spécifique aux antigènes du contenu des bulles et des extraits aqueux et alcooliques des organes des malades et des croûtes. Les mêmes résultats négatifs ont été obtenus avec le sérum des malades, ainsi que des syphilitiques séro-positifs ou des sujets de contrôle séro-positifs.

Sans trancher décisivement la question de l'étiologie du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Dühring, les expériences de l'auteur permettent toutefois de conclure à la nature non infectieuse de ces deux affections, ainsi que le démontrent les faits quotidiennement observés.

BERMANN.

Contribution à l'étude de la gale norvégienne, par W. K. MODESTOV. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 9, novembre 1930, pp. 697-708.

Après une étude historique et bibliographique de la gale norvégienne, l'auteur rapporte un cas personnel de cette rare maladie qui est le cinquième décrit en Russie.

Il concerne un jeune paysan russe âgé de 18 ans. Le début de l'affection remonte à 7 ans lorsque sont survenus sur le corps, des « boutons » très prurigineux. Durant 10 ans, la dermatose a toujours progressé, malgré les traitements variés prescrits par les médecins. Le malade vivait dans des conditions insalubres, dans une chaumière où logeait également le bétail. Il ne se sert pas de savon, change rarement de linge et couche sans se déshabiller, entouré d'insectes divers.

A l'examen, on trouve une poly-adénopathie généralisée. L'ossification des diaphyses des cartilages osseux des mains n'est pas encore terminée, ainsi que les arcs de la première vertèbre sacrée, ces symptômes ayant été vérifiés par la radiographie. Bordet-Wassermann, Kahn, Sachs-Georgi et Pirquet négatifs.

Les téguments sont recouverts des masses cornées épaisses de 2-3 centimètres, gris sale, ainsi que les croûtes, nodules, pustules, vésicules, lésions de grattage, rhagades, lichénification, toutes ces lésions étant entremêlées et bien caractérisées. On a trouvé le parasite *Acarus* ou *Sarcoptes scabiei* variété humaine. Les mensurations précises et les autres caractères de ce parasite ont démontré qu'il ne différait en rien du parasite de la gale ordinaire. Les cheveux du malade et les téguments des avant-bras étaient atteints de microsporie où l'on a découvert le *microsporon lanosum*.

La biopsie a permis de constater la pénétration profonde de l'acare qui envahit même la couche de Malpighi.

L'auteur conclut que la gale norvégienne est une gale vulgaire permanente, développée sous l'influence d'une constitution particulière du malade. Elle cède au traitement habituel de la gale. Ce n'est pas un parasite spécial qui la provoque, mais la réaction du terrain qui lui fait acquérir le tableau rare de la gale norvégienne.

BERMANN.

Contribution à la caractéristique du vénérisme actuel au point de vue de pathologie sociale, d'après les documents d'un dispensaire antivénérien, par E. S. Cheyne-Foghel. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 9, novembre 1930, pp. 709-722.

L'étude de 3.437 cas de maladies vénériennes observés de 1924 à 1929 au dispensaire vénéréologique de Jitomir permet à l'auteur de formuler les conclusions suivantes : La blennorragie reste par excellence une infection citadine. Ce sont les ouvriers et la partie déclassée de la population urbaine (pauvres, mendiants, etc.) qui en sont le plus souvent atteints. Les citoyens déclassés présentent une fréquence très élevée de syphilis favorisée par la promiscuité, la misère physiologique et le niveau très bas des conditions culturelles. Les paysans montrent une prédominance de la syphilis sur la blennorragie quoique cette dernière affection tende à s'accroître chez eux, s'approchant du nombre des cas observés chez les citadins. C'est à l'âge jeune, viril, qu'on observe la plus grande quantité de maladies vénériennes. Les hommes sont, à l'âge jeune et mûr, le plus souvent porteurs de blennorragie. Avec les années, au fur et à mesure de la baisse de la contagiosité générale, c'est la syphilis qui prédomine sur la blennorragie, car elle est une maladie plus durable. Les affections gynécologiques ne sont souvent que des complications ou des conséquences de la blennorragie chez la femme, c'est pourquoi le nombre des femmes blennorragiques doit en réalité être augmenté. La transmission extra-génitale des maladies vénériennes est favorisée par les mauvaises conditions de logement, par la promiscuité et l'absence de connaissances hygiéniques parmi la population, tant citadine que rurale. La vie actuelle des villes prédispose au début précoce de la vie sexuelle. La vie calme et laborieuse des paysans retarde ce commencement de vie génitale. Les hommes commencent plus tôt à avoir des rapports génitaux que les femmes. La prostitution et les rapports avec des « femmes d'occasion » caractérisent la vie sexuelle des citadins tant célibataires que mariés, ce qui contribue plus tard à l'infection des épouses. Au cours du mariage, la femme mène une vie sexuelle plus tranquille que l'homme : elle est la partie qui souffre et supporte. Les maladies vénériennes ont pris une extension considérable en rapport avec la grande guerre, la révolution et la guerre civile, période où les rapports sexuels étaient faits à la légère, facilement et passagèrement. L'alcoolisme contribue énormément à la propagation du vénérisme. L'ignorance des conséquences des affections vénériennes aide également à leur extension. La plupart des malades se font soigner aux établissements médicaux.

Bermann.

Contribution à la casuistique de l'angiokératome næviforme, par S. L. Libermann. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 9, novembre 1930, pp. 746-750.

Après un aperçu bibliographique, l'auteur rapporte un cas personnel d'angiokératome næviforme.

Il s'agit d'un garçon de 13 ans qui présentait depuis sa naissance un groupe de taches violacées à la face interne de la jambe droite. Au cours de la 11e année, après un traumatisme, les taches se sont transformées progressivement en excroissances verruqueuses confluentes, s'ulcérant et saignant facilement et devenant croûteuses. Les ganglions lymphatiques de l'aîne droite sont indolores, durs et augmentés de volume.

Au cou, au dos et à la poitrine, on trouve des nævi volumineux composés de macules lisses, circonscrites, du volume d'un grain de mil et localisées au côté gauche du tronc. Le cuir chevelu présente plusieurs foyers alopéciques.

Le membre inférieur droit est légèrement atrophié, ses téguments sont cyanotiques. Les rayons X montrent un dépôt de masses calcaires dans la région de l'épiphyse inférieure du cartilage du tibia et un petit défaut à son bord interne. La lésion de la jambe droite se présente sous forme d'un placard irrégulier long de 31 centimètres. Ce placard se compose schématiquement d'une partie supérieure où les altérations vasculaires sont plus intenses et d'une partie inférieure où elles sont plus faibles. La lésion supérieure est surélevée, lobulée, constituée par des nodules de grandeur variée, confluents, couverts de croûtes et de fissures. Après l'enlèvement des croûtes et des masses cornées, les nodules se montrent violacés et rouge-violet. La lésion inférieure est atrophique, cicatricielle, surmontée de taches sombres à surface verruqueuse, douloureuses à la pression. La biopsie a montré un amincissement de l'épiderme, avec papilles faiblement prononcées, avec parakératose et cornéification légère, par places. La couche papillaire contient des cavités tapissées d'endothélium et remplies de globules rouges ou de thrombus. Entre les cavités on trouve des travées conjonctives avec cellules plasmatiques, mastzellen. La couche sous-papillaire possède aussi des angiomes, mais plus faibles. A la limite de la lésion, on trouve une infiltration à petites cellules, polyblastes, cellules plasmatiques et mastzellen. Les glandes sébacées et sudoripares ne sont pas modifiées. Un traitement ramollissant des croûtes avec radiothérapie consécutive a amélioré le malade, sans toutefois le guérir. BERMANN.

La réaction de Bordet-Gengou dans son application à la blennorragie de l'âge infantile, par O. W. NOVOTELNOWA et L. S. BIBINOWA. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, no 9, novembre 1930, pp. 722-730.

Après avoir insisté sur la spécificité de la réaction de Bordet-Gengou dans la blennorragie et souligné l'extension considérable de cette affection observée chez les enfants pendant les dernières années, les auteurs rapportent leurs recherches personnelles.

Elles concernent 512 sérums sanguins appartenant à 366 fillettes de 0 à 14 ans. Les gonocoques ont été constatés chez 208 enfants atteints de vulvo-vaginite aiguë, subaiguë et chronique. Les autres cas concernaient les vulvo-vaginites suspectes de blennorragie, les vulvo-vaginites catarrhales et les enfants non blennorragiennes, servant de contrôle :

malades atteints d'affections cutanées. Les auteurs ont également examiné les sérums de femmes adultes atteintes de gonococcie compliquée et simple. Les fillettes atteintes de vulvo-vaginite gonococcique ont fourni 33 o/o de résultats positifs, et les femmes adultes 56 o/o.

Les auteurs concluent que la réaction de Bordet-Gengou négative ne permet pas d'exclure la blennorragie, mais positive, elle démontre l'existence de cette affection. La négativation de la réaction positive accompagne habituellement l'amélioration clinique et la disparition des gonocoques dans les sécrétions. En cas de Bordet-Gengou positif observé au cours d'une guérison clinique apparente, il faut faire un pronostic réservé, et même, mauvais, car la maladie risque de récidiver.

BERMANN.

Le thallium dans la thérapie des affections mycosiques du cuir chevelu, par I. A. LÉVINE et N. A. TORSONIÉFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 9, novembre 1930, pp. 731-745.

Les auteurs ont employé l'acétate de thallium dans le traitement de 124 enfants, dont 68 garçons et 56 fillettes, la plupart âgés de moins de 5 ans. La macroscopie existait chez 77 enfants, la microsporie chez 37 et le favus chez 10. La majorité des enfants étaient malades depuis 1 à 6 mois et n'avaient encore jamais été traités. L'acétate de thallium fut administré à la dose de 8 milligrammes par kilogramme de poids, à jeun, dilué extemporanément dans de l'eau sucrée. Le début de l'épilation oscillait en moyenne entre 3 à 16 jours et se terminait en 9-25 jours. Les cheveux tombaient en 2-16 jours en moyenne, en laissant le plus souvent une petite bordure à la limite du front, du cou ou des tempes. Les cheveux repoussaient en 12-38 jours après la prise du thallium. L'alopécie ne dépassait pas une semaine le plus souvent. Les auteurs ont eu des accidents dans 70,9 o/o des cas. Parmi ces complications, ils notent des arthralgies, des troubles gastro-intestinaux et autres (nerveux, psychiques, oculaires, cardiaques, cutanés). Les accidents s'observent surtout chez les enfants au-dessous de 5 ans. Le traitement local doit commencer simultanément avec l'administration du thallium. La toxicité du thallium ne permet guère sa répétition avant 4-6 mois. Les auteurs concluent que le thallium est inférieur aux rayons X et qu'il doit être employé chez les enfants sains au-dessous de 5 ans, dans des conditions d'hôpital et non en polyclinique où il donne de nombreuses récidives. Dans 23 cas, les auteurs ont combiné le thallium aux rayons X. Le thallium était administré au bout de 1 à 3 jours après le Rœntgen. L'épilation commençait dans le courant de la 2ᵉ semaine, les cheveux tombaient en 2-11 jours et repoussaient en 32-44 jours. Les accidents étaient plus légers. Les récidives ont été également en grand nombre et les auteurs concluent que la méthode combinée est encore inférieure à la thérapie par le thallium seul.

BERMANN.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LA SARCOMATOSE IDIOPATHIQUE PIGMENTAIRE MULTIPLE DE KAPOSI ET SES INTERPRÉTATIONS HISTOGÉNÉTIQUES ET PATHOGÉNIQUES

Par MM. Lucien HUDELO et F. CAILLIAU

En 1870 Kaposi a décrit sous le nom de sarcomatose pigmentaire multiple idiopathique, une affection caractérisée par des lésions cutanées symétriques, débutant aux extrémités par des nodosités qui confluent, puis s'affaissent, laissant des dépressions cicatricielles pigmentées.

L'évolution de cette affection est longue. Elle se termine par la mort après une aggravation progressive de l'état général (fièvre, diarrhée sanglante, hémoptysies, marasme).

A l'autopsie, on trouve partout les mêmes tumeurs hémorragiques, couleur de chair, dans le poumon, le foie, la rate, le myocarde, l'intestin, le côlon ; les lésions sont souvent en voie de nécrose.

Aucun traitement, aucune exérèse n'empêche leur développement ultérieur, ni la terminaison fatale.

Le *Traité de Dermatologie pratique* de Brocq, en 1907, précise les symptômes cliniques de l'affection, l'aspect rond et fusiforme des cellules qui prolifèrent, le caractère angiomateux, l'abondance du pigment hémosidérique, la longue évolution chez les sujets de 40 à 60 ans, plus rapide cependant chez l'enfant, où l'affection peut, mais rarement, se rencontrer.

A propos du sarcome généralisé hypodermique simple, le même auteur signale l'existence de variétés intermédiaires entre le type Kaposi et le type hypodermique globo-cellulaire simple.

Certains sarcomes hypodermiques se rapprochent du Kaposi par le pigment sanguin, par les néoformations vasculaires telle la

forme décrite par Hallopeau et Jeanselme qui se développe le long des lymphatiques (sarcome lymphangiomateux hémorragique) qui s'ulcère, guérit et laisse des cicatrices ; tels certains sarcomes à cellules géantes.

Hallopeau et Leredde distinguent du sarcome de Kaposi : 1° les sarcomes blancs et durs (sarcomes fusocellulaires et fibrosarcomes à évolution lente et allure bénigne) ;

2° les sarcomes pigmentés et durs (type Piffard) ou angio-sarcomes, angio-fibro-sarcomes avec télangiectasies et hémorragies interstitielles ;

3° les sarcomes gommeux (type Funck-Hyde), apigmentés, qui se ramollissent (dégénérescence myxomateuse centrale) ;

4° les sarcomes mous (type Neumann) globo-cellulaires, confondus avec le mycosis fongoïde ;

5° les sarcomes hypodermiques (type Perrin) ou sarcomes globo-cellulaires.

L'article de Perrin, en 1904 dans la *Pratique Dermatologique*, apporte des notions analogues. L'auteur, envisageant la maladie de Kaposi, insiste sur l'état angiomateux, sur les aspects du pigment hémosidérique intra ou extra-cellulaire, sur le siège des lésions entre le corps papillaire et l'hypoderme, autour des glandes sudoripares et sébacées et autour des vaisseaux. Il signale des lésions nerveuses consistant en périnévrites et névrites interstitielles.

Dans son *Précis*, Darier qui n'apporte aucune constatation nouvelle, met en doute la nature néoplasique et suggère l'hypothèse d'une origine infectieuse.

La lenteur de l'affection, l'absence de métastases viscérales, la notion plus précise des sarcomes vrais laissaient donc des doutes sur la nature néoplasique maligne du syndrome de Kaposi.

En février 1928, MM. Pautrier et Diss font remarquer la pluralité des conceptions émises sur cette affection et apportent l'observation d'un cas qui les détermine à repousser l'hypothèse sarcomateuse ; ils envisagent le Kaposi comme une dysgénésie des vaisseaux et de leurs annexes neuro-musculaires d'une part, des nerfs et de leurs éléments schwanniens d'autre part.

Insistant sur les phénomènes douloureux et sur les troubles de la température locale observés, ces auteurs font des lésions vasculaires et nerveuses le substratum anatomo-physiologique de l'affection.

Le cas qu'ils ont étudié montre dans le derme profond et superficiel des néoformations vasculaires sanguines et lymphatiques et d'autres vaisseaux pourvus, en dehors de l'anneau normal des fibres musculaires lisses, de manchons composés de cellules claires polygonales, dépourvues de myofibrilles, engainées de collagène, entourées de fibres amyéliniques. Entre ces vaisseaux sont des fibres amyéliniques, des cellules de Schwann, des histiocytes. Ils signalent la sclérose des troncs nerveux qui centrent les bouquets vasculaires et la présence dans leur épaisseur de cellules de Schwann en surnombre.

Un nodule profond hypodermique leur a montré une zone centrale cellulaire et hémorragique composée de faisceaux de cellules de Schwann et de foyers hémorragiques, et une zone périphérique comportant des vaisseaux à paroi simple, des vaisseaux pourvus de fibres musculaires lisses, de cellules neuro-musculaires et une résille de fibres nerveuses amyéliniques.

Des corpuscules engainés de collagène signalés par ces auteurs rappellent par leur structure les corpuscules tactiles de Wagner-Meissner.

Les vaisseaux anormaux rappellent, disent-ils, le glomus neuro-myo-artériel c'est-à-dire les corpuscules nerveux de Ruffini annexés à la circulation dermique, hyperplasiés et volumineux.

Le Kaposi n'est donc pas un sarcome, mais une lésion hyperplasique vasculo-neurale d'ordre dysgénétique.

Le 10 mai de la même année, MM. Hudelo, Cailliau et Chéne apportent à la Société de Dermatologie un nouveau cas de pseudo-sarcomatose télangiectasique de Kaposi chez une malade de 36 ans (voir le Bulletin du 10 mai 1928) : nous résumerons brièvement cette observation.

L'affection évoluait depuis l'âge de 16 ans (1908) ; elle a débuté par une nodosité non douloureuse sur le dos de la main gauche. La face dorsale des pieds est envahie de lésions identiques en 1911, la face dorsale de la main droite en 1914.

La confluence très lente des nodules primitifs détermine sur les quatre membres des placards rouges violacés.

On note quelques phénomènes douloureux (crampes, marche difficile).

On a pensé, dans le service de M. Brocq où la malade a été vue

au début de l'affection, à des tuberculides ou à une pseudo-sarcomatose de Kaposi, et elle fut soumise à la tuberculine et au cacodylate de soude. Une lymphangite aiguë l'amène dans le service en 1926 pour quelques jours. En 1928, elle est admise à nouveau en raison de l'asthénie qu'elle éprouve, et des douleurs qui l'empêchent de marcher.

Les lésions en placards et les nodosités se sont étendues :

A droite, la face dorsale de la main et du poignet, la moitié inférieure de l'avant-bras, la face postérieure du bras, le dos du pied et du cou-de-pied, toute la jambe, sont couverts de nodules; quelques-uns s'observent à la cuisse.

Ce sont des nodosités miliaires, ou lenticulaires, ou plus larges, ou des placards hyperkératosiques.

Une ulcération atone, suintante, à bords non décollés, s'est déclarée à la plante du pied.

A gauche, la face dorsale des doigts, de la main, du poignet, la paume sont infiltrées et d'aspect scléreux ; deux placards à l'avant-bras et trois au bras. Le pied et la jambe sont couverts d'un semis nodulaire et par place un épaississement cutané rappelle l'œdème chronique dur, hyperkératosique, dû sans doute aux poussées lymphangiques qui laissent par le palper percevoir des nodules que l'œil ne voit pas.

Des nappes de saillies verruqueuses cornées se sont développées depuis un an à la face interne du cou-de-pied et au bord interne du pied gauche qui s'est récemment ulcéré ; sur le lobule du nez, rougeurs diffuses, au niveau d'une petite nodosité.

Notons l'élévation de la température locale an niveau des placards éruptifs (33 et 34° au lieu de 30°5 en peau saine).

Aucune adénopathie, aucune altération viscérale, aucun trouble de sensibilité objective.

Le diagnostic de pseudo-sarcomatose de Kaposi est posé en raison du siège initial profond des nodules tardivement saillants et superficiels, de leur coloration rouge violacée, de l'élévation de la température locale impliquant une origine vasculaire, de l'hyperkératose et des ulcérations aux points de pression (Perrin).

Histologiquement, l'examen des pièces des biopsies montre au niveau des nodules deux zones différentes : une zone vasculaire superficielle riche en ectasies et néoformations vasculaires sangui-

nes et lymphatiques, une zone cellulaire complexe, profonde. Cette dernière montre parmi les vaisseaux ectasiés des vaisseaux spéciaux : ceux-ci comportent une lumière béante et étroite, un endothélium cubique surélevé, reposant sur une vitrée incomplète, effilochée, entourée elle-même d'un réseau fibrillaire collagène, dans les mailles duquel sont engainées des cellules, tantôt d'aspect épithélioïde, tantôt allongées fusiformes, tantôt rubanées, très allongées.

D'un vaisseau à l'autre sont essaimées les mêmes cellules réparties dans le même collagène, et l'ensemble est parcouru par des fibres nerveuses amyéliniques parfois disposées en faisceaux.

Les caractères et les affinités des cellules sont celles des cellules schwanniennes, et nous avons pu observer leur contiguité, mais non leur continuité avec les fibres amyéliniques.

Il ne s'agit donc pas, disions-nous alors, d'un sarcome, mais d'une angiomatose, associée à une prolifération des cellules de Schwann, lésion dysembryoplasique des vaisseaux cutanés et des éléments schwanniens adjacents, à rapprocher de la maladie de Recklinghausen.

A la même séance du 10 mai 1928, MM. Jeanselme, Huet, Horowitz et Dupont présentent à la Société de Dermatologie un nouveau cas de sarcomatose de Kaposi et apportent une conception toute différente.

Chez un Arménien de 38 ans, les lésions ont débuté à la base du 2e et 3e orteil droit, puis ont atteint la face plantaire, la face interne et les malléoles droite et gauche, la face dorsale des trois derniers orteils, la main gauche, les avant-bras droit et gauche, la face interne de la jambe gauche, la base de la verge. Ces lésions douloureuses avec paroxysmes (picotements, brûlures) offrent l'aspect de petites tumeurs isolées, planes ou saillantes, dures, d'un rouge violacé, pigmentées. La face est le siège d'une infiltration en masse d'aspect pseudo-éléphantiasique. Il est perçu des adénopathies épitrochléennes, axillaires, inguinales, indolentes, mobiles, très dures.

La température locale est plus élevée sur les zones lésées, la sensibilité objective intacte.

Il y a lieu de noter des localisations osseuses (tête du 2e métatarsien et scaphoïde) décelées à la radiographie.

Histologiquement, les ganglions hyperplasiés ne montrent qu'une infiltration abondante de pigment ocre. Les tumeurs cutanées sont composées de cellules néoformées dans le chorion ou l'hypoderme, dissociant les faisceaux collagènes, paraissant encapsulées. Ces cellules sont fusiformes, à gros noyau clair, à protoplasme légèrement fibrillaire, chargées de pigment ocré. Elles sont enchevêtrées en travées ou sans ordre. Les vaisseaux sont nombreux, du type fente lymphatique ou du type capillaire sanguin ; parfois leurs parois sont constituées de cellules claires orientées perpendiculairement à l'axe du vaisseau sous l'endothélium engainé de collagène qui s'effiloche en résille en dehors. Quelques groupes cellulaires sont imbriqués en bulles. Les nerfs qui traversent les nodules sont normaux. La tumeur semble emprunter pour sa progression, la voie périnerveuse et la voie lymphatique. Dans un lymphatique on remarque l'inclusion d'un nodule d'éléments néoformés implanté sur la paroi par un pédicule.

Les cellules fusiformes, les vaisseaux néoformés, les hémorragies déterminent les auteurs à conclure à un sarcome de Kaposi (angio-sarcome) et ils tentent l'inoculation à la poule suivant la technique de Peyton-Rouss.

Dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie* du 9 février 1928, MM. Nicolas et Favre avaient repris la question dans une note intitulée : « A propos de l'interprétation de l'affection dite Sarcomatose télangiectasique pigmentée de Kaposi. La maladie de Kaposi est-elle un sarcome ? »

Les auteurs font les plus expresses réserves sur la nature sarcomateuse. Ils rapportent l'observation d'une malade offrant des nodules intra-dermiques durs, de couleurs variées (rouge brun, violet noir), non ulcérés, bourgeonnants, charnus, hémorragiques, qui se dessèchent et tombent.

Les mains (paumes et face dorsale), les doigts, les bras, les membres inférieurs sont couverts de nappes angiomateuses.

Ces lésions sont fluxionnaires et très mouvantes ; les nodules apparaissent, disparaissent, se déplacent, laissent le tégument normal ou pigmenté. Cette régression des lésions, l'absence de métastases sont caractéristiques de l'évolution de l'affection.

Les rapporteurs ajoutent que la maladie de Kaposi ne doit pas être considérée comme une sarcomatose :

Au point de vue clinique, ces poussées qui disparaissent, l'absence de métastases viscérales, ne sont pas d'un sarcome.

Au point de vue histologique : « l'étude des angiomes en général, disent-ils, montre de grandes différences histologiques, des formes atypiques. On qualifie parfois de sarcomes télangiectasiques des angiomes typiques tout à fait bénins. »

Les auteurs font remarquer que les angiomes tubéreux simples comportent un stroma formé de cellules souvent fasciculées, capables de circonscrire des cavités vasculaires.

Le tissu angioplastique diffèrent du sarcome, et les prétendues néoplasies du Kaposi s'observent couramment sur les coupes d'angiomes. D'après eux, cette affection groupe des faits différents les uns des autres, et il y aurait intérêt à démembrer ce groupe, ainsi que le groupe des sarcomes.

Comme on le voit, l'accord n'est pas encore fait sur ce problème complexe.

Nous avons pu faire l'autopsie de la malade qui a fait l'objet de notre communication de mai 1928 et qui a succombé, quelques mois après, à une cachexie progressive. Les constatations que nous avons pu faire, au point de vue histologique notamment, nous incitent à compléter aujourd'hui, par des précisions nouvelles, les résultats antérieurement publiés, et à discuter les différentes interprétations apportées jusqu'ici à la nature du syndrome de Kaposi.

Nous serons très brefs sur les altérations macroscopiques viscérales : elles se résumaient dans une augmentation de volume du foie, de la rate, des surrénales, des ovaires, des ganglions (surtout axillaires), sans néoformations tumorales, ni métastases viscérales.

Examen histologique des pièces d'autopsie.

Nous avons utilisé pour cet examen les techniques courantes, la méthode au trichrome et différentes techniques neurologiques, entre autres la méthode au chlorure d'or de Cajal, la méthode de Bielchowski-Maresch, les méthodes récentes de del Rio Hortega au carbonate d'argent.

Les prélèvements cutanés reproduisent avec fidélité les lésions déjà décrites par nous en mai 1928.

Les tumeurs incluses dans le derme ne sont pas encapsulées. Elles montrent à l'examen deux zones tissulaires différentes : l'une, *zone vasculaire*, où prédominent les ectasies ou néoformations vasculaires, forme la couche superficielle des nodules saillants ; l'autre, *zone cellulaire*, plus profonde, riche aussi en vaisseaux, mais ceux-ci

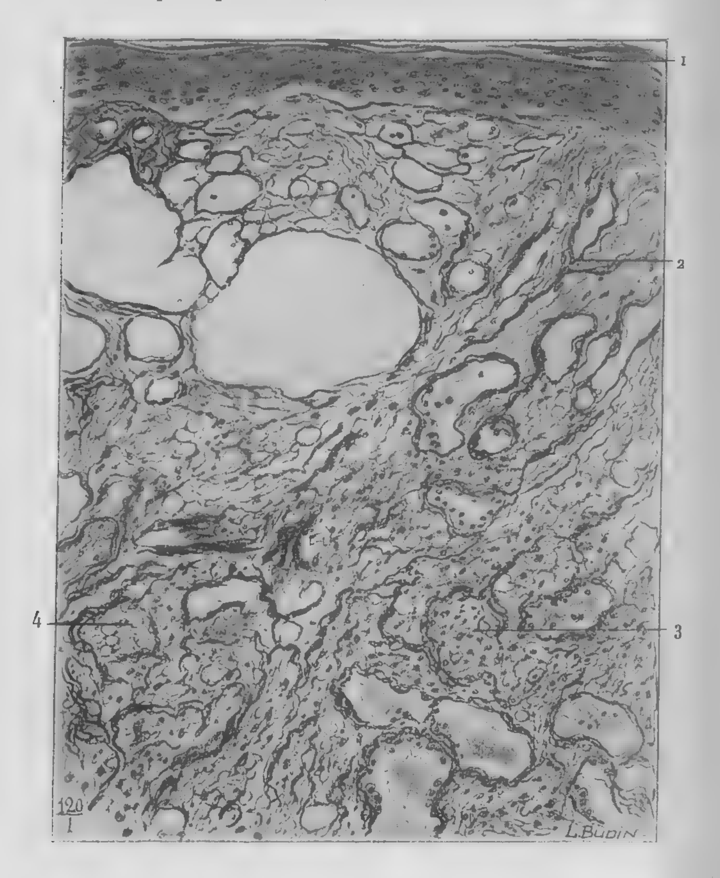


Fig. 1. — Coloration au trichrome de Masson.
Aspect général des lésions.

1. Epiderme atrophié par le développement des néoformations vasculaires et des ectasies sous-jacentes.
2. Région vasculaire riche en ectasies et en néoformations.
3. Région cellulaire où l'on distingue des bourgeons pleins composés de petites cellules.

Certains vaisseaux sont revêtus de cellules endothéliales volumineuses.

On en distingue d'autres dont la paroi est dissociée par la poussée des cellules situées dans son épaisseur.

Au centre la lésion commence à subir le remaniement scléreux.

offrent un aspect spécial. Groupés d'abord, ils accroissent leur volume, leurs parois sont épaissies et très augmentées par des manchons cellulaires ; ils finissent par confluer en nappes cellulaires diffuses. On distingue les lumières de ces vaisseaux spéciaux. Cette zone est superficielle quand le nodule n'est pas très saillant ; elle est toujours assez profonde (derme moyen) quand la tumeur est saillante. Précisons la texture de chacune des deux zones, qui constituent les nodules tumoraux.

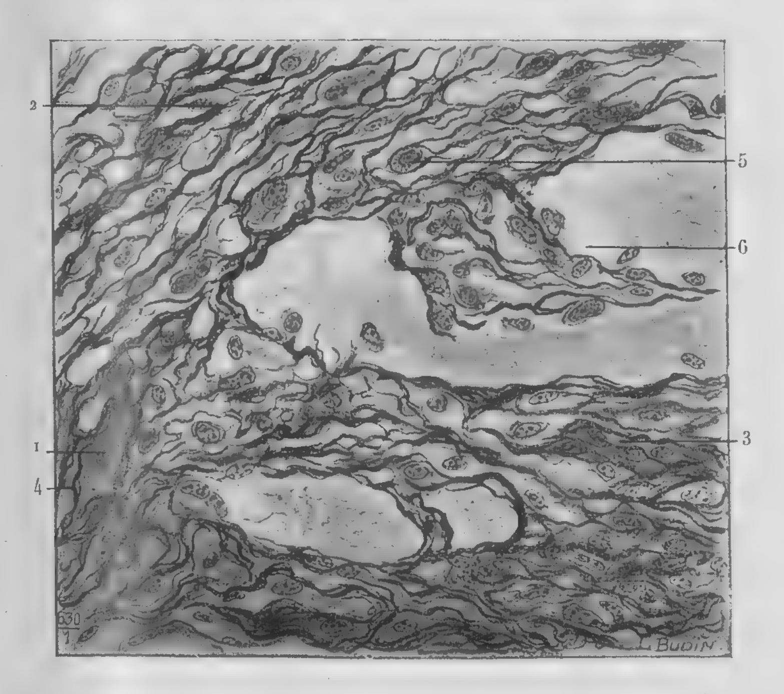


Fig. 2. — Coloration au trichrome de Masson.
Région limite entre la zone cellulaire et la zone vasculaire.
On y distingue le caractère épithélioïde (1), fusiforme (2), rubané (3) des cellules proliférées, et l'étui collagène (4) qui enveloppe chaque cellule.
5. Cellule munie à l'un de ses pôles d'une expansion filamenteuse.
On remarque trois angiectasies entourées de cellules en prolifération ; dans l'un des vaisseaux (6), on voit une cellule endothéliale donner naissance à une, puis à deux cellules qui divergent et amorcent un néo-vaisseau.

A. — *Zone cellulaire.*

On y distingue de nombreux vaisseaux de deux ordres : les uns à parois minces, à lumière ectasiée, sont identiques à ceux que nous

étudierons dans la zone vasculaire ; nous y reviendrons plus loin. Les autres possèdent des parois énormes, mal limitées extérieurement, infiltrées de cellules très spéciales, qui, secondairement, envahissent plus ou moins le tissu périvasculaire.

Un grossissement plus fort permet de préciser ainsi la structure de ces vaisseaux.

Ils comportent : 1° une lumière béante, étroite, assez irrégulière et sinueuse ; 2° un endothélium composé de grosses cellules cubiques surélevées, souvent partiellement exfoliées ; 3° une vitrée sous-endothéliale, mince, souvent fragmentée, dissociée, fréquemment incomplète ou absente. Cette vitrée est en effet le plus souvent remplacée par un tissu d'épaisseur considérable, constitué par un très fin réseau de collagène, que le trichrome seul permet de bien identifier, et dont chaque maille est occupée par une cellule. Ces cellules engainées d'un liseré collagène répondent à trois types.

a) Les unes accusent un caractère *épithélioïde* : leur forme est globuleuse ou polygonale, et elles sont pourvues parfois d'une expansion filamenteuse ; leur cytoplasme est peu colorable, parfois il est chargé de rares granulations rappelant la neurokératine ; leur noyau est gros, arrondi ou ovalaire, clair, à bords nets, garnis d'un ou de deux nucléoles.

b) D'autres cellules sont allongées, *fusiformes*, minces, pourvues d'expansions rameuses et d'un noyau allongé. Certaines sont ovalaires ou en navette, avec un prolongement filamenteux à une extrémité.

c) D'autres éléments sont *rubanés*, paraissent étirés ou comprimés, formant des bandes protoplasmiques, fréquemment dépourvues de noyaux, ou pourvues de noyaux assez régulièrement espacés, comme si elles répondaient à la fusion de plusieurs éléments disposés bout à bout.

Malgré le polymorphisme apparent de ces diverses cellules, l'uniformité de leurs affinités chromatiques, de leurs réactions colorantes à l'emploi des techniques neurologiques nous autorise à les considérer toutes comme *des éléments de nature neurale*.

On observe des formes de passage d'un type cellulaire à l'autre ; plus on s'éloigne de la lumière, plus le type rubané est accentué.

Une sertissure plus dense de collagène limite imparfaitement le vaisseau à l'extérieur ; le plus souvent cette limite manque, et des

éléments cellulaires erratiques se détachent dans le tissu ambiant.

Autour de ces vaisseaux si particuliers sont en effet essaimées d'un vaisseau à l'autre, au hasard, et groupées sans ordre, les mêmes cellules épithélioïdes, fusiformes et rubanées, entourées toujours d'un grêle étui collagène, les cellules rubanées étant ici prédominantes.

Dans ces espaces périvasculaires, ces cellules sont écartées par place par des travées fibrillaires de tissu conjonctif, au sein duquel on distingue des faisceaux grêles de fibres nerveuses ou des fibres isolées que les techniques spéciales montrent amyéliniques et formant des amas d'aspect spongieux.

La morphologie, les affinités chromatiques des cellules fusiformes et des éléments rubanés sont celles des cellules schwanniennes ; leurs expansions fibrillaires rappellent celles de la névroglie schwannienne, et on peut constater la contiguïté, sinon la continuité des cellules rubanées avec les fibres amyéliniques signalées.

Autour de certains vaisseaux, nous avons pu identifier, en dehors de la vitrée, des cellules musculaires lisses qui avaient échappé à notre premier examen : elles sont circulaires et disposées en anneau, souvent incomplet ; elles sont tellement intriquées avec les éléments épithélioïdes ou rubanés, qu'elles ne s'en distinguent que par leurs myo-fibrilles et par leurs affinités colorantes plus acidophiles.

Enfin, il est possible d'observer çà et là, dans l'intervalle des vaisseaux malades, quelques vaisseaux épargnés par le processus, mais ceux-ci semblent peu à peu disparaître devant la prolifération périvasculaire des cellules que nous venons d'envisager et qui comblent progressivement l'espace intervasculaire. Les vaisseaux malades se trouvent ainsi enfouis eux-mêmes dans un tissu qui manifeste une certaine réaction inflammatoire d'ordre hyperplasique, traduite par un infiltrat discret de lymphocytes, plasmocytes, histiocytes.

Le processus évolutif n'a en aucune façon l'extension indéfinie d'une néoplasie maligne. Lorsque les cellules épithélioïdes et rubanées ont comblé par leur prolifération l'espace qui sépare deux vaisseaux voisins, une tendance à la sclérose se manifeste, les fibrilles qui engainent chaque cellule sécrétant le collagène, s'épaississent ; les cellules neurales disparaissent une à une, et le vaisseau à parois épaisses et fibreuses est remanié par la sclérose.

B. — *Zone vasculaire.*

Cette zone, superficielle dans les nodules saillants, est infiniment plus riche en ectasies et néoformations vasculaires, sanguines et lymphatiques. Elle est presque exclusivement composée de vaisseaux ectasiés, contigus, à parois très minces, avec endothélium aplati, du type plasmodial embryonnaire ou différencié en cellules. Ce tissu télangiectasique occupe tout le corps papillaire et empiète sur la partie moyenne du derme où il se raccorde à la zone cellulaire profonde.

Ces néo-vaisseaux comportent des parois fragiles qui rendent compte des suffusions hémorragiques et de l'abondance du pigment ferrique observé dans les histiocytes. Ils paraissent édifiés suivant le mode observé dans le bourgeon charnu, et on peut suivre leur genèse au niveau des vaisseaux à manchon : là où la vitrée est rompue, les cellules endothéliales sont plus surélevées ; on peut, sur les coupes heureuses, voir parfois une cellule qui fait hernie extérieurement, et par mitose, ou division directe donne naissance à des amorces de néo-vaisseaux, dont on peut suivre l'édification sur les coupes sériées.

Ainsi, *ce n'est pas la cellule neurale, si polymorphe, décrite dans les manchons, qui édifie les néo-vaisseaux, c'est l'endothélium du vaisseau lui-même.*

Il y a donc dans ces tumeurs des zones de prolifération cellulaire, d'aspect neural, et des zones de néoformations et d'ectasies vasculaires. Pour nous, ces dernières lésions paraissent consécutives aux premières et nous semblent en dériver. Comment ?

La prolifération des cellules neurales est, à notre sens, le fait initial et essentiel de la lésion ; tant que le tissu hyperplasié n'est pas remanié par la sclérose, il peut dissocier la paroi vasculaire, mettre à nu et irriter l'endothélium qui est resté vivace, souvent surélevé ; dans cet endothélium ainsi irrité, certaines cellules chevauchent, font hernie extérieurement, et, par division, pourront déterminer la formation, autour du vaisseau tumoral, de néo-vaisseaux à parois grêles, angiectasiques, par le processus bien connu des angio-formations du bourgeon charnu (nous avons pu à plusieurs reprises étudier ces dernières avec Belot et Nahan, sur le tissu de granula-

tion qui succède aux lymphocytomes cutanés soumis à la radiothérapie, en ayant soin de pratiquer les biopsies à 2 ou 3 heures d'intervalle, au cours de la réparation du tissu traité).

Toutefois, si le processus d'angioformation semble relever uniformément du mécanisme que nous venons d'envisager, il peut exister des variantes dans le processus initial, et dans les éléments cellulaires qui subissent l'hyperplasie originelle.

Les nombreux prélèvements nécropsiques nous ont montré les faits suivants :

a) *Variantes dans les vaisseaux.* — Elles sont réalisées par la présence dans certains vaisseaux de fibres musculaires lisses, circulairement disposées par rapport à l'axe du vaisseau. Ces fibres sont orientées en étui doublant la vitrée ; elles sont mélangées plus en dehors aux cellules épithélioïdes, dont on les distingue à peine par leur forme plus globuleuse, leur cytoplasme dépourvu de fibrilles.

Il ne serait pas impossible que, par métaplasie, certaines de ces fibres lisses puissent se transformer en éléments neuraux, aussi bien que les cellules épithélioïdes semblent se muer en cellules fusiformes et en cellules rubanées, et qu'elles paraissent bien subir à leur phase ultime la transformation en éléments schwanniens, ce qui explique leurs connexions avec les fibres amyléiniques voisines.

Il n'en reste pas moins difficile souvent, en présence des formes rubanées, constituées de cellules longues et minces à noyau ovoïdes, terminées souvent par de fines expansions parfois ramifiées, de préciser formellement la nature nerveuse ou musculaire de ces éléments.

b) *Variantes dans les cellules proliférantes.* — Nous avons déjà insisté sur leur polymorphisme.

Il en est qui présentent au voisinage du noyau des vacuoles spumeuses qui ne sont ni des graisses, ni de la cholestérine. Dans un travail sur l'angio-neuro-myome artériel de l'utérus, Durante retrouve des cellules semblables et admet qu'elles attestent une plus haute différenciation et sont des éléments plus âgés, plus évolués.

D'autres éléments rappellent la cellule à manteau, et dans les inclusions cellulaires on distingue une cellule pâle à l'intérieur d'une cellule plus colorée, dont elle déprime le noyau.

Il faut aussi signaler, dans les variantes de la zone cellulaire, les nombreuses variations d'abondance des troncs nerveux et des

fibres amyéliniques, variations qui dépendent de la richesse nerveuse régionale, mais surtout de l'abondance, dans ces nerfs, d'un stroma riche en collagène.

Il faut enfin insister sur l'abondance du collagène dans certains foyers, entraînant un remaniement scléreux non seulement dans la paroi vasculaire, mais encore dans les foyers diffus et extravasculaires des cellules neurales disséminées. Devant cette sclérose les cellules neurales disparaissent une à une et la lésion initiale s'efface. Cette sclérose n'offre aucune aptitude élasticogène. L'élastine est plutôt rare dans les vaisseaux; elle manque sur les coupes traitées à l'orcéine de Weigert.

c) *Variantes suivant les techniques neurologiques.* — Soumises aux méthodes d'imprégnation à l'argent (méthodes de Cajal, de Bielchowsky-Maresch et surtout méthode de del Rio Hortega), les cellules neurales des trois types que nous avons décrits (épithélioïdes, fusiformes, rubanées), se chargent généralement de granulations noires abondantes, surtout autour des noyaux qui sont restés clairs.

Elles sont donc argentaffinnes, et cette propriété plus ou moins accusée suivant les cellules, paraît manquer dans les cellules peu évoluées et dans la zone d'extension. Peut-être, dit Durante, est-elle l'apanage des cellules plus âgées, plus hautement organisées.

Au Weigert, au Nagcotte, cellules et fibres avec lesquelles elles sont en connexion sont dépourvues de myéline (amyéliniques).

Ces méthodes montrent des prolongements fibrillaires annexés aux cellules, et Durante encore ajoute qu'au niveau du réseau dû à ces prolongements, il semble naître parfois une fibre nerveuse.

C'est bien ce que nous avions vu à notre premier examen où nous affirmions la contiguïté, sinon la continuité des cellules neurales avec la fibre nerveuse. Cette continuité n'a été contrôlée par nous que par la méthode d'Hortega. Durante aurait vu des fibrilles nerveuses issues des tractus fasciculés, se ramifiant au sein des cellules épithélioïdes et même semblant se terminer à leur intérieur par un petit bouton. Nous-mêmes avons vu d'autres éléments qui seraient embrochés par des fibres seules colorées, d'autres traversés de part en part par un faisceau fibrillaire qui s'éparpille aux deux extrémités de la cellule.

Fréquemment, en intensifiant nos préparations traitées par la

méthode d'Hortega, nous avons pu voir des groupes de fibres amyéliniques non seulement dans l'intervalle des manchons cellulaires qui engainent les vaisseaux, mais aussi dans la gaine vasculaire externe quand elle existe encore dans les lésions peu évoluées. Dans les lésions plus anciennes, on rencontre des faisceaux de fibres amyéliniques, paraissant hyperplasiés; parfois ils sont renflés en nodules, offrant l'aspect de petits névromes amyéliniques.

Ce sont de telles formations que nous aurions pu interpréter

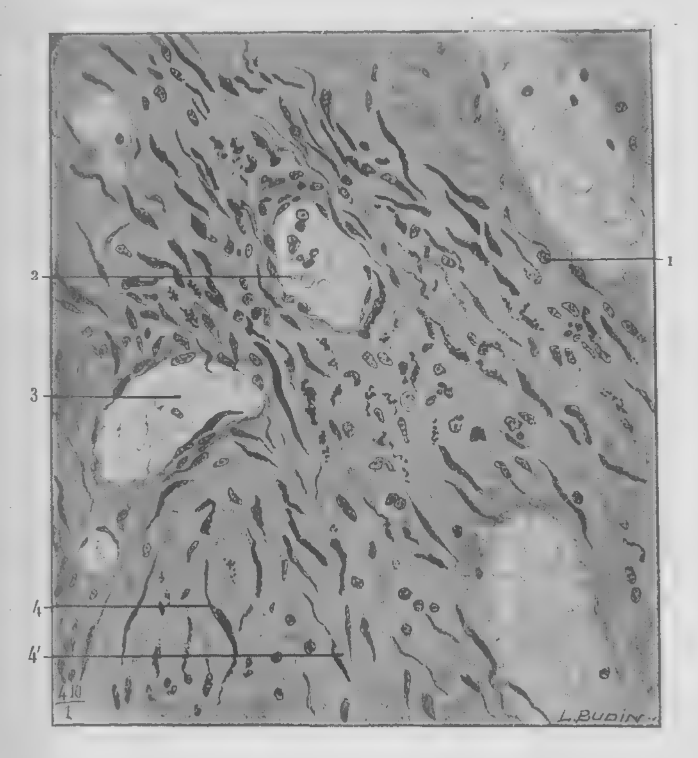


Fig. 3. — Imprégnation à l'argent suivant la méthode de Del Rio Hortega. *Nodule tumoral* très voisin de la zone représentée par la figure 3.

1. Vaisseau à peu près dépourvu de cellules neurales : deux cellules neurales avec expansions.

2 et 3. Deux vaisseaux pourvus de cellules endothéliales, entourés de cellules neurales allongées avec expansions fibrillaires.

4. et 4'. Cellules neurales allongées avec expansions fibrillaires.

Le dessin montre des cellules pourvues de fibrilles, d'autres dépourvues de fibrilles, et des fibrilles rompues qui semblent contiguës, sinon continues avec le corps cellulaire.

comme des corpuscules de Wagner-Meisner, mais peu caractéristiques. En réalité nous croyons, en raison de leur siège dans les régions dépourvues de ces corpuscules, qu'il s'agit là de névromes, le plus souvent sans rapport avec les organes tactiles.

Toutefois il faut bien reconnaître que l'imprégnation argentique n'est pas spécifique des éléments nerveux, que souvent le collagène, les fibrilles musculaires et l'élastine sont colorés par elle. Elle nécessite donc, comme nous l'avons fait, le contrôle des autres techniques et de l'étude morphologique des fibrilles et des cellules.

Laissant de côté les fibres élastiques que l'orcéine et le Weigert montrent très rares dans les coupes, nous pouvons différencier les fibres nerveuses, les éléments fibrillaires musculaires et les fibres collagènes par les caractères suivants :

Les fibres musculaires sont régulièrement cylindriques, elles ne partent pas d'un pôle cellulaire, mais embrochent la cellule. Elles ne se ramifient pas.

Les fibrilles que nous supposons nerveuses sont des prolongements naissant d'un pôle cellulaire ; elles se divisent et se ramifient en réseaux.

Les techniques au picro-ponceau, au Van Giesen différencient les fibres collagènes.

Il est donc permis de conclure que les fibrilles décrites par nous sont bien des fibrilles nerveuses.

Quant à la nature nerveuse des cellules épithélioïdes, elle nous semble des plus vraisemblables ; elles sont pourvues d'un prolongement filamenteux que teintent en noir les méthodes à l'argent ; d'ailleurs leurs voisines, même dépourvues d'expansions, mais dont la morphologie est identique paraissent bien de même nature. Ce qui est vrai pour les fibrilles d'expansion doit l'être également pour les éléments cellulaires qui leur sont annexés.

Examen des viscères

Les notions qui précédent ont été tirées surtout de l'étude des multiples localisations cutanées qu'offrait la malade et que la nécropsie nous a permis de recueillir.

L'étude histologique des viscères ne nous a montré aucune

métastase, mais une hyperplasie du système histiocytaire. Nous tenons à faire remarquer que, parmi les organes et les tissus, ce sont les glandes endocrines qui sont les plus modifiées, et nous insistons sur ce fait que, dans ces glandes, c'est surtout le système histiocytaire qui paraît le plus souvent hyperplasié.

Dans le foie, on note une augmentation notable des fibrilles enlaçantes et radiées d'Oppel, et l'hypertrophie du système kupférien dont les éléments sont surchargés de pigment hémosidérique.

La rate montre une amplification du système histiocytaire, un élargissement des travées de Bilroth, l'hypertrophie et l'hyperplasie des cellules sinusiennes, l'abondance du pigment ocre, l'accroissement des fibres de réticuline.

Certains ganglions présentent l'aspect hyperplasique ; leur texture traduit la suractivité fonctionnelle ; le réticulum est épaissi, on observe une réaction macrophagique marquée.

La surrénale semble avoir réagi au niveau de l'espace péritrabéculaire ; elle subit des deux côtés un remaniement intense par la sclérose, et c'est dans ces zones fibreuses qu'on peut assister à la raréfaction progressive des cellules histiocytaires devant le collagène.

L'ovaire montre une prolifération des cellules thécales et des cellules interstitielles ; la glande, en de nombreuses zones, a subi le remaniement scléreux.

Le corps thyroïde est normal.

L'hypophyse est très modifiée par l'épaississement des gaines périvasculaires de Robin-Virchow et par un état angiomateux du lobe glandulaire.

Les autres viscères ne nous ont pas paru altérés. Nous devons toutefois signaler une richesse extrêmement grande de fibres nerveuses amyéliniques dans la plupart des tissus viscéraux examinés ; la prolifération des fibres de Remack s'observe sur la plupart d'entre eux, et est particulièrement marquée au niveau des glandes endocrines.

Il semble qu'il y ait là une modification histologique permettant jusqu'à un certain point de faire une part aux troubles endocrino-sympathiques dans la genèse de l'affection.

On peut donc, à notre sens, résumer le processus général des lésions de la façon suivante : le point de départ est vasculaire ; pour les vaisseaux pourvus d'une tunique musculaire, c'est dans la cou-

che moyenne que les cellules schwanniennes des plexus nerveux normaux de la média vont proliférer ; il en sera de même d'ailleurs des éléments schwanniens des plexus de la couche externe, adventitielle. Pour les vaisseaux dépourvus de couche musculaire moyenne, les éléments schwanniens adventitiels seront l'origine du processus prolifératif.

Les cellules ainsi multipliées forment autour de la lumière vasculaire un manchon d'éléments épithélioïdes, qui, dans les vaisseaux

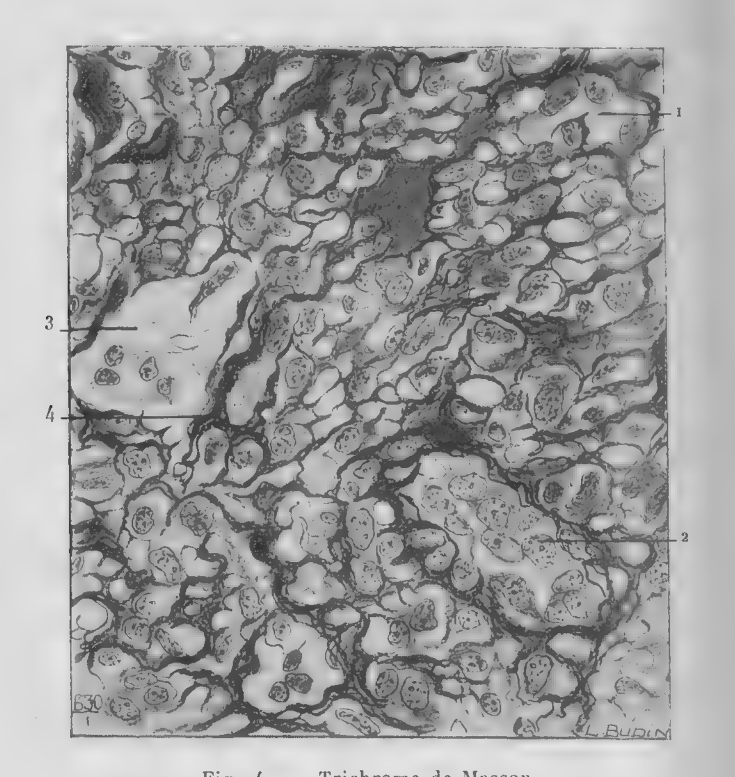


Fig. 4. — Trichrome de Masson.
Coalescence de plusieurs amas cellulaires périvasculaires.

Les cellules neurales proliférées ont essaimé au dehors des vaisseaux ; la plupart d'entre elles sont du type épithélioïde.

En 1, l'adventice du vaisseau est rompue, les cellules s'essaiment.

En 2, l'adventice du vaisseau a résisté (sclérose), les cellules neurales restent mélangées aux cellules endothéliales.

En 3, l'adventice est rompue sur un point très limité et l'on distingue l'exode des cellules.

Chaque cellule est sertie d'un étui collagène ; en 4, cet étui est renforcé par la sclérose envahissante.

pourvus de fibres musculaires, se substitue à celles-ci, fait saillie en dehors, détruisant les tissus adventitiels, et bourgeonne dans le tissu conjonctif ambiant. Ces cellules bourgeonnent aussi en dedans, rompent la vitrée, bousculent l'endothélium irrité, et il y a là un véritable processus inflammatoire subaigu.

En dehors du vaisseau, la formation nodulaire qui constitue l'hyperplasie cellulaire peut, par ses expansions, atteindre des nodules semblables provenant des vaisseaux voisins; ainsi sont édifiés parfois des amas notables de tissu neural, de cellules épithélioïdes, fusiformes, rubanées, dont les connexions avec les faisceaux nerveux périphériques paraissent certaines.

Notons que des vaisseaux indemnes parcourent le nodule, et que les lésions vasculaires sont d'âges différents.

Ainsi, si l'on tient compte des variétés par nous signalées, ne faut-il pas s'étonner de trouver des caractères histologiques relativement différents dans la description de Pautrier et Diss et dans la nôtre.

C'est ainsi que les éléments musculaires mélangés aux cellules neurales manquaient à nos premiers examens, mais non aux prélèvements nécropsiques. Si, comme ces auteurs, nous avons rencontré des fibres amyéliniques et des troncs nerveux pourvus de cellules de Schwann en surnombre, nous n'avons observé sur nos préparations, contrairement à leur description, ni l'épaississement des vitrées sudoripares, ni d'une façon constante la limite capsulaire des nodules tumoraux, ni les corpuscules encapsulés de collagène ressemblant aux organes tactiles de Wagner-Meisner : les nodules que nous avons pu voir semblent répondre à des névromes amyéliniques.

Hormis ces légères différences qu'expliquent le siège différent des nodules et leur évolution plus ou moins avancée, notre observation et celle des auteurs Strasbourgeois, sont des plus superposables.

Interprétation de l'histogénèse et de la nature de la maladie de Kaposi.

Déjà en 1928 nous avions conclu que la maladie de Kaposi n'est pas un sarcome, que les ectasies vasculaires avec néoformations

angiomateuses sanguines et lymphatiques sont la lésion dominante au tégument, mais qu'à notre sens elles ne constituaient pas la lésion primordiale; que la prolifération des cellules de Schwann dans les vaisseaux semblait bien répondre au processus initial, et nous avions rattaché alors le syndrome de Kaposi à un état dysembryoplastique hypothétique, et signalé ses grandes analogies avec le syndrome de Recklinghausen.

Aujourd'hui, après l'étude de localisations tégumentaires nombreuses et l'examen des viscères, après l'emploi des techniques variées que nous avons signalées, si nous maintenons nos conclusions sur la nature non sarcomateuse, mais angiomateuse, et sur l'antériorité du processus neural sur les lésions angiomateuses, nos conceptions sur le mécanisme pathogénique nous semblent devoir être modifiées.

Tout d'abord, quels sont les éléments vasculaires qui peuvent être incriminés dans la genèse des lésions angiomateuses? S'agit-il comme on y a pensé, de vaisseaux glomiques vrais, constatables au sein des nodules ? Ne s'agit-il pas plutôt de vaisseaux ordinaires, normaux, dans la paroi desquels les plexus nerveux amyéliniques de la média et de l'adventice entrent en prolifération sous l'influence d'une cause inconnue, peut-être infectieuse.

A. — *Rôle des vaisseaux glomiques vrais.*

On sait que, d'après Masson, le glomus qui répond à la portion terminale de certaines artères, a une paroi composée de fibres musculaires modifiées; tantôt ces fibres sont pauvres en fibrilles contractiles, tantôt elles sont transformées en cellules globuleuses, épithélioïdes, tantôt enfin elles sont disposées en réseau syncytial, dont l'apparence morphologique rappelle les réseaux de fibres amyéliniques en continuité avec un réseau nerveux périvasculaire.

On connait quelques localisations de ces glomi : glomus sous-unguéal, glomus coccygien qui forme la glande de Luschka, housses que Schweigger-Seidel a décrites au niveau des branches artérielles terminales de la rate, renflements neuro-musculaires de l'artère afférente du glomérule rénal. Nous avons pu en signaler d'autres sur les artérioles des glandes endocrines (surrénale). Mais en dehors de ces localisations bien spéciales, nous ne croyons pas

que le glomus ait été jusqu'ici signalé en d'autres points du tégument. Il nous semble difficile d'attribuer un rôle pathogénique au glomus, alors que la majorité des tumeurs de Kaposi se développent dans les régions où il n'existe pas normalement de formations glomiques, et cela malgré les constatations de Pautrier et Diss, qui, « dans la pseudo-sarcomatose de Kaposi dont les principales manifestations cliniques sont d'ordre vasculaire et nerveux, trouvent histologiquement des lésions de type essentiellement glomique ».

Pautrier et Diss semblent incriminer encore dans la genèse des lésions du Kaposi les corpuscules de Wagner-Meisner dont ils envisageraient d'ailleurs la parenté avec le glomus.

En aucun point de nos coupes nouvelles, nous n'avons retrouvé d'images nous permettant d'affirmer la nature glomique des vaisseaux des nodules de Kaposi. Nous n'avons pas davantage retrouvé trace de corpuscules tactiles dans ces mêmes nodules.

D'ailleurs, il nous faut répéter que ni les corpuscules tactiles, ni les glomi n'existent normalement dans toutes les régions où s'observent les nodules de Kaposi ; dans ces conditions, invoquer leur rôle exclusif dans la pathogénèse ne nous semble pas devoir être admis.

B. — ***Rôle des plexus nerveux des vaisseaux normaux.***

L'étude histologique de tous les rameaux artériels normaux montre dans leur épaisseur un plexus de fibres amyéliniques au sein de la média et un plexus adventitiel, également amyélinique.

On sait que les fibres amyéliniques de Remack, affectées surtout aux nerfs de la vie organique (sympathique), comportent un cylindraxe, prolongement d'une cellule nerveuse, et une très mince gaine protoplasmique, pourvue de noyaux appliqués contre elle de distance en distance dans un protoplasme finement granuleux : il s'agit donc de véritables éléments Schwanniens (gaine de Schwann).

On connait aussi les anastomoses en réseau de ces éléments amyéliniques, anastomoses qui sont des dépendances des cellules de Schwann, et non des neurites, des cylindraxes.

Il y a donc à l'état normal, dans la paroi vasculaire, des éléments schwanniens dont la prolifération pathologique peut être invoquée dans la genèse des néoplasies que nous étudions.

Du fait de l'existence d'éléments schwanniens proliférés dans l'épaisseur et autour des vaisseaux, on conçoit que, dans la plupart des branches vasculaires, on puisse observer parfois un aspect simulant le glomus, mais sans qu'on constate nulle part un appareil artério-veineux typique, l'hyperplasie des éléments neuraux suffisant jusqu'à un certain point, à provoquer l'aspect du glomus.

Rappelons avec insistance que ces lésions de l'appareil nerveux vasculaire s'accompagnent d'un état inflammatoire que nous avons mentionné au cours de notre description ; il y a là un processus plus voisin de l'hyperplasie que de la néoplasie, de la gliose plutôt que du gliome ; et ces lésions télangiectasiques pourraient bien se rattacher vraisemblablement à une infection.

En somme, tout nous autorise aujourd'hui à croire à l'évolution pathologique de certains vaisseaux ; si ces vaisseaux prennent parfois un aspect tel qu'on peut jusqu'à un certain point comparer leur hyperplasie à celle du glomus, il ne nous semble pas qu'on soit autorisé à parler de glomus vrai.

Nous croyons que la production de néoformations angiomateuses est un fait d'édifications vasculaires, secondaires aux modifications du tissu nerveux des tuniques artérielles.

A côté de l'infection hypothétique, mais qui nous semble le processus pathogénique vraisemblable, faut-il faire place à la dysgénèse que nous avions envisagée en 1928 ? Malgré les analogies possibles des néoformations de Kaposi avec les formations nævīques, il nous semble qu'un simple processus de malformation ne peut suffire à expliquer les très nombreuses localisations du processus et l'évolution de la maladie.

Si MM. Pautrier et Diss, avant nous, conçoivent le syndrome de Kaposi, comme un *angioneurome* et sont, en somme, à part quelques discrètes divergences, d'accord avec nous, cette conception n'a pas reçu l'approbation de tous nos collègues.

M. Jeanselme et ses élèves, MM. Nicolas et Favre à plusieurs reprises, l'ont combattue.

Le cas de Jeanselme et de ses élèves paraît très spécial, sensiblement différent du nôtre et du cas de Pautrier et Diss.

On peut se demander s'il ne s'agit pas là d'un vrai sarcome ou d'un sarcome infectieux du type Rouss, ou encore d'une forme de passage du Kaposi vers le type Perrin.

Un caractère spécial s'observe dans le cas de nos collègues : les vaisseaux et néoformations vasculaires sont peu abondants, moins abondants certainement que dans le cas de Pautrier et dans le nôtre. En outre les cellules à myofibrilles manquent totalement ; les cellules qui prolifèrent restent souvent nues, non encerclées de gaines collagènes. Le réseau périvasculaire observé n'est pas de nature nerveuse, disent les auteurs, et les corpuscules de Wagner-Meisner y sont simulés par des coupes tangentielles d'ampoules vasculaires.

Ces caractères seraient suffisants pour exclure leur type du groupe des angio-neuromes.

Cependant l'absence de myo-fibrilles n'est pas un argument contre l'origine neurale des tumeurs de Kaposi ; ces myo-fibrilles manquaient d'ailleurs à nos premiers examens.

Les auteurs nient la nature nerveuse du réseau périvasculaire, mais nous avons pu fréquemment voir sur nos prélèvements la sclérose remanier nos tumeurs et se substituer très rapidement aux éléments nerveux, sensibles aux imprégnations dans des lésions moins évoluées. Les bulbes imbriqués signalés dans les lésions seraient plutôt favorables à l'hypothèse nerveuse, car, reproduisant l'aspect épithélial de la glie, ils rappellent les formations analogues des méningoblastomes et des gliomes.

L'absence des corpuscules de Wagner-Meisner ne nous semble pas non plus un argument solide ; nous ne croyons pas que le processus intéresse particulièrement ces corpuscules tactiles.

Par contre, il est un caractère qui séparerait radicalement le type observé par Jeanselme des pseudo-sarcomatoses angio-neuromateuses, telles qu'avec Pautrier et Diss nous les concevons.

Si la lésion, d'après la description des auteurs, n'envahit pas le derme par substitution à la façon des vrais sarcomes, mais par dissociation, par contre, les ganglions hyperplasiés, infiltrés de pigment ocre, revêtent, à notre avis, en un point tout au moins, un certain caractère de malignité : la figure 4, du mémoire de M. Jeanselme signale « assez loin de la tumeur un nodule d'éléments néoformés inclus dans un lymphatique sur lequel il est implanté ».

N'y-a-t-il pas dans cette lésion figurée, toutes les apparences d'un vrai sarcome en voie de dissémination lymphatique ? Les cel-

lules qui prolifèrent dans cette tumeur revêtent souvent un caractère fibroblastique net.

On sait que les auteurs ont tenté des inoculations chez les gallinacés, mais l'aspect histologique ne paraît pas favorable à un sarcome de Rouss.

Quoi qu'il en soit, la tumeur décrite par M. Jeanselme et ses élèves nous paraît différente des lésions que nous avons observées dans la nôtre et de celles qu'ont décrites MM. Pautrier et Diss.

S'agit-il d'un vrai sarcome angioplastique, type désuet qui n'est plus défendable, s'agit-il d'un problématique sarcome infectieux ? Nous y verrions plus volontiers une forme de passage du Kaposi vers le type Perrin.

Au cours de plusieurs séances de la Société de Dermatologie et de la filiale de Lyon, MM. Nicolas et Favre ont apporté, eux aussi, au sujet de la sarcomatose télangiectasique pigmentaire de Kaposi, une conception différente de la nôtre.

Si, comme nous, ils rejettent la théorie du sarcome, par contre l'affection ressortirait pour eux *exclusivement au groupe des angiomes*, dont on sait les multiples aspects; elle répondrait à une variété *d'angiomatose atypique*.

Comme ces auteurs, nous reconnaissons que le tissu angioplastique apte à limiter des cavités vasculaires est différent de celui des sarcomes.

Mais les angio formations ne paraissent constituer ni l'unique lésion, ni la lésion première du Kaposi. En regard de ce tissu angioplastique dont la faculté prolifératrice est déclanchée dans le Kaposi, il faut tenir compte d'un autre tissu, le tissu neural, qui nous paraît constituer le *primum movens* de ce déclanchement.

Comme le disait Pautrier à une séance de Lyon, il y a un terrain d'entente avec MM. Nicolas et Favre, et M. Favre semble bien nous le signaler au sujet de la communication de M. Vigne :

« C'est dans le stroma des angiomes, dit Favre, qu'on trouve les caractères anormaux qui caractérisent l'angiomatose de Kaposi. Il existe des angiomes, offrant bien souvent un aspect assez atypique, dans lesquels le stroma est formé de cellules fasciculées circonscrivant des cavités vasculaires. »

Ces cellules, dans le stroma, sont vraisemblablement interprétées par lui comme des cellules endothéliales vaso-formatrices. Nous les

avons considérées, et Pautrier aussi, comme des cellules neurales, schwanniennes, éparses dans le stroma, lorsque le nodule périvasculaire a effondré les tissus adventitiels et que ces éléments pullulent excentriquement au vaisseau.

Ici encore le stade évolutif peut tromper l'observateur que l'étude de nodules très jeunes n'aurait pas égaré.

Comme Favre, nous pensons que le Kaposi ne répond pas à un sarcome et que le processus angiomateux en est l'une des manifestations essentielles, souvent même prépondérante, puisque la prolifération neurale est susceptible de remaniement, de régression, lorsque la lésion est ancienne.

Comme lui, nous pensons que le processus n'est pas univoque, que les types sont multiples.

Favre n'admet-il pas « qu'aux dilatations vasculaires peuvent s'adjoindre des formations nerveuses et musculaires, et que dans ce cas l'angiomatose myo-neuro-artérielle est réalisée, la lésion se rapprochant du glomus » ?

Comme lui encore, nous pensons qu'il y a d'autres angiomatoses que celles du type glomique, et, comme nous l'avons dit plus haut, il n'est pas possible que tous les nodules du Kaposi soient tributaires de glomi normaux, malgré les localisations multiples de ces appareils, mais il paraît vraisemblable que le plus souvent les modifications des éléments nerveux normalement inclus dans l'épaisseur des parois vasculaires réalisent d'assez près l'aspect des tumeurs du glomus, dont elles rappellent la morphologie et les connexions.

Le fait sur lequel nous insistons, c'est l'antériorité apparente de la lésion nerveuse sur la lésion musculaire, et par suite sur le processus angio formateur. Ce fait est difficile à démontrer, d'une manière absolue, mais la topographie des lésions et la comparaison de lésions jeunes avec celles de vieux nodules est bien favorable à cette hypothèse.

La gliose, lésion inflammatoire et hyperplasique, dénude mécaniquement l'endothélium, l'irrite, provoque les mitoses qui amorcent les néo formations vasculaires.

L'angiomatose, incontestable dans le processus, n'est qu'une partie du problème, celle justement qui paraît être la conséquence du processus initial.

Est-il permis, à l'heure actuelle, d'après les nombreux travaux parus, tant en France qu'à l'étranger sur le tissu réticulo-endothélial, d'établir un lien de parenté entre les cellules qui prolifèrent, soit dans le glomus, soit dans les tumeurs du Kaposi et les éléments histiocytaires ?

Aschoff estimait que, parmi les endothéliums, seuls ceux qui sont spécialisés et élaborent les fibres de réticulum sont à incorporer au système réticulo-endothélial.

Si l'on admet une distinction entre l'endothélium des vaisseaux et les cellules endothéliales des sinus ganglionnaires et spléniques, si l'histiocyte et la cellule endothéliale sont à différencier au point de vue génétique et fonctionnel, comme l'enseigne Maximow, d'autre part, si la gaine de Schwann comme le pense Borrel, doit être incorporée au plan pigmentaire, c'est-à-dire au système histiocytaire, il semble bien difficile de revendiquer l'origine exclusive vasculaire du pseudo-sarcome de Kaposi, et son origine histiocytaire paraît très défendable.

A la suite de recherches expérimentales que nous pouvons rappeler ici, Gozzano conclut que la mésoglie est proche parente du tissu réticulo-endothélial. On connaît le récent travail de Hortega qui assimile la microglie aux cellules histiocytaires de par ses réactions, ses fonctions phagocytaires et pexiques, ses affinités colorantes. Il est vrai que l'article de Nathalie Zand, laisse en suspens l'assimilation possible des histiocytes du tissu réticulo-endothélial avec la mésoglie d'Hortega.

Nous croyons cette dernière réserve très sage, et l'heure n'est pas venue de trancher cette question complexe. Qu'il nous suffise donc de dire que les cellules qui prolifèrent dans le Kaposi sont vraisemblablement des *cellules névrogliques*, *schwanniennes*, sans spécifier ni la variété de névroglie à laquelle elles appartiendraient, ni leur origine histogénétique, bien qu'il semble y avoir entre les différentes catégories d'histiocytes des différences de degré et non des caractères et des propriétés diamétralement opposés.

Ainsi envisagée, et sans aller plus avant dans l'interprétation des donnés expérimentales, la pseudo-sarcomatose de Kaposi nous paraît présenter des analogies frappantes avec la maladie de Recklinghausen.

Dans un récent article sur les formes anatomiques de la maladie

de Recklinghausen (*Société de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1929, et *Annales d'anatomie pahologique*, décembre 1930), nous avons fait ressortir la fréquence des lésions gliales et surtout du gliome télangiectasique si fréquemment observé dans la texture des nodules de cette affection. Beaucoup de formations tumorales semblent bien associées à des modifications vasculaires, masquées très souvent dans les nodules par le remaniement scléreux de ces tumeurs.

Sur des tumeurs très jeunes, datant de quelques jours, on observe l'édification de cellules gliales autour des lumières vasculaires dans l'épaisseur des parois.

Il nous a semblé que le processus qui déclanche l'hyperplasie neurale provoque du même coup les néoformations vasculaires, et les images histologiques de ces tumeurs jeunes évoquent d'une façon saisissante les nodules peu évolués du pseudo-sarcome de Kaposi.

L'observation de Brocher-Frommel où le syndrome de Recklinghausen était associé à un syndrome de Kussmaul (périartérite noueuse) semble cadrer avec cette conception.

L'angiomatose du système nerveux central, telle que la conçoit Lindau, accompagnée d'une réaction névroglique, semble répondre à un processus analogue, et, dans le pseudo-sarcome de Kaposi, ce processus est à retenir.

Ces considérations méritaient d'être rappelées au sujet de l'angioneurome de Kaposi ; elles soulignent l'importance des rapports qui peuvent exister entre le processus prolifératif du tissu neuro-ectodermique du tissu vasculaire, au même titre que les faits publiés par Roussy et Oberling, dans leur travail sur l'angiomatose cérébrale.

Quel est donc le processus qui conduit à l'hyperplasie neurale, phénomène esssentiel, dont l'interprétation paraît assez voisine dans les tumeurs d'aspect glomique, dans le Recklinghausen et dans le Kaposi. On peut invoquer trois mécanismes : 1° la métaplasie des cellules musculaires en cellules nerveuses ; 2° la prolifération des cellules musculaires et des éléments nerveux associés, évoluant chacun pour leur compte ; 3° l'origine nerveuse primitive et exclusive.

Les trois interprétations sont défendables.

L'interprétation qui invoque la métaplasie des cellules musculaires en cellules nerveuses peut sembler rationnelle. Il y a longtemps que Durante a précisé les caractères de la régression cellulaire des nerfs et des muscles : retour d'abord à l'indifférenciation; ultérieurement régénération du type primitif (nerfs, muscles) ou adaptations nouvelles (métamorphoses) : du nerf primitif pourront résulter soit un tissu conjonctif, soit un tissu musculaire, soit un tissu vasculaire; du muscle primitif résulteront, selon les cas, un tissu conjonctif ou un tissu vasculaire. Ces modalités de transformation constituent la métaplasie. Par conséquent on pourrait admettre que, dans le cas spécial du Kaposi, la néoformation neurale, origine elle-même de la néoformation vasculaire, pourrait dériver par métaplasie des éléments musculaires lisses des vaisseaux normaux.

Personnellement nous ne croyons pas à ce processus pathogénique.

Dans la deuxième hypothèse les fibres nerveuses de la média et de l'adventice prolifèrent pour leur part, tandis que les fibres musculaires lisses prolifèrent elles aussi, régressent ensuite et subissent la métaplasie nerveuse.

Nous n'admettons que difficilement ce processus mixte.

Il nous a paru plus simple et plus logique que les faits se passent suivant la troisième hypothèse qui attribue les tumeurs nerveuses à la prolifération exclusive et primitive des fibres sympathiques périvasculaires; elle se défend par le fait qu'on admet généralement aujourd'hui que les fibres sympathiques de Remack ne sont pas des axones nus, mais comportent une gaine protoplasmique schwannienne très mince, garnie de noyaux de Schwann, susceptible de proliférer, sous des influences d'ailleurs inconnues.

Du fait d'un état inflammatoire (infectieux peut-être), les cellules nerveuses de la média et de l'adventice des vaisseaux normaux peuvent régresser d'abord, et proliférer ensuite sous la forme de cellules à caractères d'éléments nerveux (méthodes neurologiques, argentaffinité), se mêlant et se mettant en rapport avec les fibres amyéliniques des faisceaux voisins.

De telles lésions sont pour nous du type hyperplasique et non néoplasique; l'état inflammatoire y est constant, et rien ne les apparente ni aux sarcomes, ni aux tumeurs malignes.

Nous devons en terminant rappeler les altérations prédominantes que nous avons observées sur la plupart des glandes endocrines ; n'y-a-t-il pas là un argument qui plaide singulièrement en faveur du rôle que peut jouer l'appareil endocrino-sympathique comme intermédiaire entre la cause primordiale inconnue, peut-être infectieuse, et les réactions des plexus nerveux inclus dans les tuniques vasculaires ?

DE L'ALOPÉCIE LIMINAIRE FRONTALE

Par R. SABOURAUD

I. — ***Sur le mécanisme des alopécies transitoires et celui des alopécies permanentes.***

Sur ce sujet comme sur tous, nous ignorons bien des choses que nous devrions savoir ; mais c'est une raison de plus de dire ce que nous savons et ce que nous ne savons pas.

Je connais seulement deux mécanismes d'alopécie ; l'un qui fait les alopécies passagères et l'autre les alopécies définitives. Celui qui fait les alopécies passagères est quasi-normal, il peut s'observer sur tout follicule pilaire même sain. C'est le phénomène de la mue pilaire.

Tel il est normalement, tel il est dans l'alopécie séborrhéique, aussi dans l'alopécie qui suit les fièvres, et même dans la pelade avec des variantes légères, mais essentiellement du même type. Je l'examinerai tout d'abord.

Bien longtemps avant de tomber, le poil meurt et subit les transformations qui font d'un poil vivant « à bulbe creux » un poil mort « à bulbe plein ». La papille pilaire normale au fond du follicule est comme le bout d'un doigt coiffé d'un dé à coudre. Le dé à coudre représente la racine du poil ou cheveu. Quand la papille s'efface, le cheveu s'en décolle ; le bulbe du cheveu change de forme, son creux disparaît, il devient une sorte de fuseau écailleux ressemblant à une pomme de pin renversée ; ses écailles extérieures s'emboîtent avec les cellules épidermiques du follicule. A ce moment, bien que détachée de sa racine, la base du poil est encore fortement adhérente, et sa traction reste douloureuse. Cependant ce poil est non seulement malade, mais il est mort, détaché de sa papille et rien n'empêchera désormais sa chute.

Peu à peu, de semaine en semaine, il monte dans le follicule,

toujours maintenu par sa seule adhérence latérale à l'épiderme folliculaire. Bientôt sa base parvient au niveau de l'infundibulum, et à partir de ce niveau, son adhérence avec l'épiderme folliculaire est à peu près nulle, la moindre traction le détachera et le fera tomber.

L'expérience montre qu'il s'écoule environ 75 jours entre la mort du cheveu et sa chute, quoiqu'il semble y avoir à ce sujet des variantes légères. Ainsi, il faut compter deux mois et demi entre la cause de la mort du cheveu et son éviction spontanée ; l'exemple le plus frappant nous en est donné par l'alopécie *post partum.*

Mais, pendant ce temps, qu'est devenu le fourreau épidermique du poil ? Il n'est pas resté inactif et il a préparé un cheveu nouveau. La papille s'est donc effacée d'abord, et la saillie qu'elle faisait au fond du follicule a tout à fait disparu. Mais alors le fourreau épidermique que le follicule constituait au poil va se resserrer jusqu'à faire disparaître sa lumière. Le follicule devient un cordon épidermique plein ; et il semble même que c'est la coaptation progressive de ses parois qui expulse le cheveu mort et provoque son ascension. En même temps, le boyau épidermique plein, que constitue désormais l'ancien follicule creux, se raccourcit d'environ moitié de sa longueur au-dessous de l'*infundibulum* (car le tiers supérieur du follicule, à partir de l'abouchement de la glande sébacée ne paraît prendre aucune part à ce processus).

Ainsi, désormais l'ancien follicule creux est devenu un bourgeon épithélial plein, beaucoup plus court et plus étroit. Mais en même temps, sa base, d'abord arrondie, montre en un point latéral une extumescence qui grandit peu à peu et se pédiculise sur le follicule en prenant la forme d'une figue très allongée. Au sein de cette protubérance oblique, une cavité va se produire en même temps que son fonds va montrer toute une couche de cellules épidermiques germinatives disposées en éventail. Entrant de suite en action, ces cellules vont produire un nouveau poil, d'abord effilé et courbe comme un sabre, qui s'enfoncera verticalement dans le boyau folliculaire plein, et y reproduira la cavité du follicule en écartant ses parois. Tout cela se fait conjointement, quand il s'agit d'un phénomène de mue, comme il s'en produit incessamment sur un cuir chevelu, si bien qu'il est alors de règle de voir, au-dessous d'un cheveu mort à bulbe plein, un autre cheveu naissant déjà bien formé. Alors le follicule, surpris pendant ce phénomène, montre deux

étages. Dans l'étage supérieur est contenu le poil mort, et dans l'étage inférieur est inclus le cheveu nouveau. Ce qu'il y a de remarquable en ceci c'est que le cheveu nouveau côtoie très rarement le cheveu ancien ; ils restent ordinairement séparés l'un de l'autre par une lamelle épidermique, sorte d'opercule oblique qui survit même quelques jours à la chute du cheveu ancien.

Depuis Ranvier et Darier, tous ces phénomènes sont bien connus, et quelle que soit la cause de l'alopécie, ils se reproduisent identiquement, si la chute du cheveu est passagère. Le type en est dans l'alopécie qui suit les fièvres. Toutes les fois que la température du corps s'est élevée au-dessus de 39°-39°5, une chute de cheveux se produira 75 à 80 jours après et l'alopécie sera proportionnelle à l'hyperthermie et à sa durée.

Mais avant même que le poil mort ne soit tombé, un second poil est déjà né, et son apparition à la surface surviendra très peu de jours après la chute du premier ; c'est ce qui explique la prompte repousse observée après une maladie infectieuse quelconque ; elle est déjà commencée spontanément, avant même que les cheveux morts ne soient tombés.

Si nous examinons un cuir chevelu atteint de *séborrhée* et qui tend chez l'homme à devenir chauve, je l'ai montré, c'est le même phénomène que nous voyons se produire, identiquement. Jamais un cheveu ne tombe de la tête d'un chauve en expectative sans que son remplacement ne s'effectue. C'est une affirmation qui semble paradoxale, très véridique cependant. Un cheveu qui tombe au cours de la séborrhée est toujours remplacé. L'expérience montre seulement que le cheveu nouveau ne vaut pas l'ancien, et c'est ainsi que le séborrhéique s'achemine lentement à la calvitie définitive. Même sur le cuir chevelu des chauves il existe toujours des follicules pileux, seulement leur cheveu n'est plus qu'un duvet. A force de mues successives, il en est arrivé à n'être plus visible qu'à la loupe.

Ce qui est plus surprenant, c'est qu'il en est de même dans la Pelade, car dans beaucoup de pelades, la clinique nous montre que la chute du cheveu est souvent faite pour de longs mois ; la peau peladique peut devenir lisse comme un marbre poli ; cependant les coupes montrent sur toute pelade de date récente, le même phénomène de la rénovation pilaire en activité partout. Seulement cet

essai reste infructueux et le cheveu qui naît est un avorton. Il meurt presque aussitôt et le même phénomène se renouvelle sans cesse. C'est ainsi que sur une plaque de pelade même grave, où l'œil ne voit plus aucun cheveu sur la peau, l'analyse histologique montre tous les follicules en état de rénovation. On croirait à l'annonce d'une prompte repousse. Dans les cas graves, ce n'est qu'à la longue, et après de longs efforts répétés que la rénovation des papilles s'arrêtera ; quelquefois même les follicules finiront par disparaître tout entiers, mais cette disparition totale ne survient qu'après des mois, presque des années. Au contraire, dans la pelade qui guérit, un jour vient où la rénovation papillaire qui n'a pas cessé, parvient à refaire un vrai cheveu et redevient peu à peu normale.

Sans doute, il y a des signes accessoires qui permettent de différencier un follicule peladique d'un follicule en mue spontanée. Mais ce qu'il faut bien remarquer, c'est que le phénomène primordial qui, sur le cuir chevelu ou à la barbe, fait l'alopécie, reste identique à lui-même en tous ces cas, et en des affections très différentes d'évolution et de pronostic.

Il y a donc un premier processus de chute du cheveu, caractérisé par la formation du poil ou du cheveu à bulbe plein et la rénovation d'un cheveu nouveau au-dessous du cheveu mort. Ce processus peut être observé même en des types cliniques où la rénovation du cheveu avortera indéfiniment (Séborrhée, pelades graves).

II. — En opposition à ce processus il y en a un autre (ou plusieurs), bien moins connu, mais dont l'existence est certaine, et il semble qu'il soit commun à toutes ou presque toutes les affections dans lesquelles le cheveu tombé ne se reproduira pas. Par opposition au précédent, je l'appellerais « la mort du cheveu à bulbe creux », car dans ce processus, le cheveu qui meurt ne passe pas par une phase atrophique préalable, et c'est lui pourtant qui ne repousse pas.

Prenez le cas d'un favus demeuré sur place depuis longtemps, et épilez au hasard, au-dessus des lésions, vous enlèverez souvent un groupe de cheveux, enveloppés d'une gangue glaireuse et qui sembleraient avoir été trempés dans de la colle.

Prenez un autre cas, celui d'une dermite staphylococcique chronique ; sur le cuir chevelu ou à la barbe de l'adulte, vous pourrez rencontrer le même phénomène, quelquefois isolément, sur certains cheveux parmi d'autres qui ne le présenteront pas. De même dans l'acné décalvante de Quinquaud, de même dans le sycosis dit à tort : acné chéloïdienne de la nuque... Même dans la pseudo-pelade de Brocq, vous pourrez rencontrer le même phénomène, en cherchant à épiler les cheveux dont l'émergence à la peau est marquée d'un point rouge minuscule. Or, dans tous les cas semblables, la maladie entraînera la cicatrice, et les cheveux tombés ne repousseront pas ou du moins pas tous.

De même que nous voyions tout à l'heure des affections classées par nous comme différentes, et chez lesquelles le phénomène alopécique se produisait suivant le même type anatomique, de même nous rencontrons ici un autre phénomène, commun à des alopécies très différentes, mais où l'éviction du cheveu est produite semblablement. Et ici toutes ces affections ont un caractère clinique commun c'est d'entraîner la cicatrice après la disparition du cheveu.

Alors le follicule se transforme plus ou moins vite en un cordon fibreux sans que rien de sa structure épithéliale reste visible.

A diverses reprises j'ai étudié le premier de ces deux processus dans l'alopécie post-fébrile, dans la séborrhée, dans la pelade. Il semblerait intéressant d'étudier dans une vue d'ensemble les affections du cuir chevelu où le follicule disparaît et ne se reproduira pas. Cette étude serait d'abord clinique, mais un jour viendrait où l'étude histologique nécessaire en serait faite pour qu'on puisse opposer l'un à l'autre ces processus en tous détails. Pour le moment je me limiterai à l'un d'entre eux, l'*Alopécie liminaire frontale*.

III. — ***De l'alopécie liminaire frontale.*** — J'ai décrit cette affection il y a longtemps déjà, mais je crois bon de revenir sur sa description. Les cas en sont rares, car je n'en ai guère observé plus de dix ou douze exemples en trente ans, mais les caractères en sont si particuliers qu'il faut de toute évidence donner à ce type morbide une place à part, et le différencier expressément des types autres d'alopécie que l'on pourrait confondre avec lui.

D'abord je ne l'ai vue que chez la femme ; ce doit donc être au moins une affection plus fréquente chez elle. Je l'ai vu une fois débuter chez une jeune fille ; je l'ai vu évoluer chez une seconde ; et tous les autres cas observés, chez la femme adulte ou vieille, étaient de date ancienne, donc parvenus depuis longtemps au stade de la dépilation constituée.

Dès lors, c'est le cas déjà vieux que l'on rencontre le plus souvent, c'est pour cela que je décrirai d'abord la maladie à cette phase ultime. Il en existe des exemples plus ou moins parfaits, je décrirai le plus complet qui est aussi le plus fréquent, sans négliger pourtant les autres.

Ce n'est ordinairement pas à propos de cette alopécie en bande que la patiente vient consulter, surtout si elle appartient à la classe pauvre, car depuis des années, la dépilation faite est restée régionale, elle n'augmente plus ; la patiente vient donc demander conseil ... pour un état séborrhéique généralisé ... pour des pellicules, ... ou pour une dermite intercurrente. Et quand vous attirez son attention sur l'alopécie liminaire frontale, elle vous répondra qu'elle se la connaît depuis longtemps et que depuis longtemps cette alopécie n'a pas augmenté. D'autres fois, la patiente est atteinte de séborrhée, elle perd des cheveux diffusément, par centaines, et comme elle a remarqué son alopécie liminaire et qu'elle l'a vue définitive, elle pense que le reste de sa chevelure est en péril ; elle pense qu'elle va devenir chauve de partout, comme elle l'est déjà sur la bordure antérieure du cuir chevelu, crainte chimérique d'ailleurs et qui ne se réalisera pas. Vous examinerez avec soin cette alopécie liminaire qu'on vous dit ancienne. D'abord, renseignements pris, elle est née au-dessus et au-devant des deux oreilles, par une plaque alopécique grossièrement triangulaire et qui a toujours respecté autour d'elle la lisière du cuir chevelu.

Ces deux plaques symétriques sont lisses, un peu déprimées, et c'est à peine si l'œil peut les dire cicatricielles, car elles ne le paraissent pas plus que certaines plaques peladiques anciennes, où la peau est devenue très atrophique. Ce triangle n'est pas régulier, quoique sa forme soit apparente, mais ses bords sont un peu sinueux, et le plus souvent quelques cheveux sains y sont demeurés indemnes et solitaires, ils s'observent sur le bord des plaques ; en leur milieu il ne persiste guère de cheveux normaux.

Quelquefois le cas peut se limiter à ces deux plaques symétriques et de dimension équivalente, le triangle, à peu près isocèle, ayant environ trois centimètres de côté. Mais le plus souvent, ces deux triangles temporaux symétriques sont réunis l'un à l'autre par une bande alopécique ayant tout juste la largeur d'un doigt, et qui contourne le tour du front en ayant laissé intacte la bordure normale des cheveux.

C'est un ruban alopécique presque régulier, entièrement chauve, où la peau est blanche et lisse, plutôt atrophique qu'évidemment cicatricielle, large d'un centimètre environ. A la vérité, il arrive qu'en certains points, les bords de ce ruban alopécique ne soient pas tout à fait rectilignes, tirés au cordeau. Sur la lisière, certains cheveux de bordure ont disparu qui auraient pu rester, d'autres sont restés qui auraient pu disparaître sans nuire à la régularité du ruban; néanmoins la forme rubanée de l'alopécie est surprenante. Notez bien que ce ruban alopécique n'est pas un recul des frontières normales du cuir chevelu, car ses frontières normales ont persisté, c'est en arrière d'elles, à un demi ou un centimètre de leur bord, que le ruban alopécique s'est dessiné.

Il est à souligner que si la lésion est pleinement constituée quand on l'observe, on ne remarque ni sur la surface alopécique rubanée, ni sur ses bords, aucun symptôme inflammatoire, ni squames, ni rougeurs, ni ponctuation rouge folliculaire. La surface nue est lisse, unie, propre et blanche. Je n'ai jamais vu autour de cette bande alopécique des cheveux encore malades et en voie de disparition, aucun ne montre à son point d'émergence de la peau, un cône kératosique recouvrant un point rougeâtre comme il est ordinaire dans l'acné décalvante de Quinquaud, et comme on en peut voir aussi sur les plaques de la pseudo-pelade de Brocq en voie d'accroissement. Ici, le plus souvent, quand on examine la lésion, elle est faite et parfaite, et ne bouge plus.

Cependant vous pourrez rencontrer, de la même maladie, des types moins parfaits; ils sont rares mais leur parenté avec le prototype de la lésion reste évident. Tantôt le ruban alopécique est interrompu et vous ne le verrez que d'un seul côté; tantôt il est plus parfaitement dessiné d'un côté que de l'autre. Sur une tempe il est typique et régulier, large comme un doigt; sur l'autre, il est irrégulier, incomplet, ou plus étroit. J'ai même rencontré un cas

où le ruban alopécique, parfait partout, était interrompu sur deux centimètres de longueur, sur lesquels la chevelure était conservée. Mais dans tous les cas incomplets que j'ai rencontrés, il y avait toujours un symptôme majeur qui ne faisait jamais défaut ; c'était, au sein de la touffe de cheveux qui siège au-dessus et au devant de chaque oreille, la présence d'un triangle alopécique de trois centimètres de côté, triangles à peu près égaux et symétriques, coexistants, et qui semblent bien toujours le lieu de naissance de la maladie. C'est là, à mon avis, le symptôme caractéristique, primordial, et l'alopécie en bandes part ensuite de leur angle supérieur pour rejoindre l'un à l'autre les deux triangles préformés. J'insiste sur ce point, d'autant plus que je crois avoir un traitement qui, si l'on arrive à temps, limite l'alopécie à ce stade, et empêche le ruban alopécique de se constituer.

Je l'ai dit tout à l'heure, en trente ans, j'ai bien rencontré dix fois l'alopécie liminaire frontale déjà faite, et seulement deux fois la lésion active qui allait provoquer l'alopécie et la cicatrice. C'est dire combien le médecin a plus de chances de rencontrer cette affection à la phase où elle persiste immobile, qu'il n'en a de la rencontrer au moment où elle se fait. Mais c'est une raison de plus de décrire ses débuts avec détails, puisque c'est la seule phase de la maladie où le médecin puisse faire œuvre utile.

Le premier cas était chez une jeune fille de treize ans, fille de médecin, et qui me fut envoyée par son père pour un diagnostic et un traitement. Chez elle, la lésion avait débuté des deux côtés, à travers les cheveux de la région temporale, au-dessus et au-devant des oreilles, tout près de la lisière du cuir chevelu. En ce point, des deux côtés, mais d'un côté plus que de l'autre, c'était une surface croûteuse. Ces croûtes n'avaient pas la consistance sèche de la croûte d'*Acné nécrotique*, mais plutôt la consistance grasse des squames du *Pityriasis stéatoïde*. Elles étaient adhérentes à la peau ; le grattage en exfoliait les parties superficielles, mais les couches profondes restaient en place. Je n'ai pu m'assurer que chaque lésion élémentaire eut un poil pour centre, ni que les croûtes autour d'un poil fussent analogues au cône corné saillant des kératoses pilaires. Pas davantage, elles n'affectaient la forme orbiculaire qu'elles ont dans l'acné nécrotique dont la croûte, quand on l'examine à la loupe, aurait la forme du remous que cause, dans l'eau, une pierre qui tombe, si ce remous s'était subitement figé.

Autour de la lésion active, il y avait déjà des points d'alopécie cicatricielle constitués, ce qui me fit faire le diagnostic, car une telle lésion, symétrique en ces deux points, et d'évolution cicatricielle, ne pouvait être que le début d'une *alopécie liminaire frontale.* J'essayai à la pince, la résistance des cheveux dont la base était entourée de croûtes; plusieurs y résistèrent normalement mais quelques autres vinrent sans douleur, ayant leur partie radiculaire englobée d'une gaine vitreuse. Et c'est un phénomène fréquemment suivi de l'atrophie scléreuse du follicule au cours des folliculites chroniques non suppuratives.

Les symptômes fonctionnels n'étaient pas nuls; la lésion demeurait sur place depuis six ou huit semaines, et depuis ce temps la jeune malade y accusait des démangeaisons, une cuisson locale, et un phénomène douloureux très net quand elle touchait aux cheveux dont les croûtelles entouraient la base. A chaque poussée de démangeaisons la malade constatait de nouvelles croûtes, et la lésion s'agrandissait. C'est en voyant la stagnation des croûtes et l'alopécie que le père avait pris peur et m'avait adressé l'enfant.

Ces croûtelles s'exfoliaient au grattage comme les squames de la *Corona seborrhœica* de Unna, et au total ne faisaient guère qu'une saillie de un à deux millimètres environ.

Une autre fois, chez une jeune fille de quinze ou seize ans, j'ai surpris la lésion à un stade plus avancé : les deux plaques alopéciques triangulaires des tempes étaient déjà faites et propres; et c'est sur le trajet intermédiaire du ruban alopécique déjà visible que les lésions actives existaient encore. On les eût prises, n'était l'alopécie en bande, pour l'*Eczéma séborrhéique de Unna* typique: mêmes squames feuilletées, grasses au toucher, adhérentes à la peau, même moiteur au-dessous d'elles, moiteur à peine perceptible; même couleur rosée de l'épiderme dépouillé de sa couche cornée. Ici non plus, aucune ressemblance avec l'acné nécrotique, nulle part de croûtes dures, enchâssées dans la peau, mais là aussi une gaine vitreuse autour du pied des cheveux malades.

Ainsi donc, la lésion de l'*alopécie liminaire frontale*, avant qu'elle fasse de l'alopécie, est constituée en surface par des croûtelles agglomérées, grasses au toucher et plutôt pityroïdes, sans suppuration visible, ni pustules folliculaires orificielles. A ce stade, le cheveu qui tombera, si on l'épile, montre une gaine vitreuse;

l'événement prouve que quand il est tombé il ne repoussera jamais.

Une chose bien caractéristique en cette lésion est la rapidité certaine de son évolution. Dans le premier cas, elle ne durait que depuis quelques semaines, et il y avait déjà, entre les cheveux survivant, des aires alopéciques petites, mais distinctes. J'ai pu arrêter l'évolution du processus et il ne s'est pas renouvelé, mais les points déglabrés sont restés glabres. En ce court laps de temps, il s'était déjà produit des lésions définitives.

De même pour le second de ces deux cas, la malade disait s'être aperçue de la lésion depuis très peu de semaines, et déjà le ruban alopécique était presque constitué.

Une chose remarquable aussi, c'est que les éléments squamo-croûteux disparaissent dès l'alopécie survenue; et l'on peut voir coexister des lésions déjà faites et cicatricielles, où la peau est propre, à côté de lésions actives ou l'alopécie n'est pas encore visible, mais qui sont couvertes de croûtelles. Il me semble que l'alopécie dans son ensemble doit se faire toute en quelques mois. Elle affecte sa forme rubanée allant d'une tempe à l'autre, derrière la lisière de cheveux qui entoure le front. Et à ses deux bouts, le ruban s'élargit pour faire les deux triangles alopéciques cicatriciels; cachés dans les cheveux au-devant des oreilles. A ce moment toute lésion croûteuse inflammatoire disparaît; il ne reste que la bande alopécique rubanée, lisse, blanche, propre, telle qu'elle persistera définitivement. Et c'est encore un point à souligner : Je n'ai jamais vu la lésion ainsi faite continuer, par la suite, de progresser par ses bords. Jamais je n'ai vu une alopécie plus étendue poursuivre et élargir la lésion en quelque point que ce soit. Lorsqu'elle est constituée telle que je l'ai décrite, elle meurt sur place ne laissant que l'alopécie rubanée pour témoignage.

Dorénavant, ce ruban restera lisse et blanc, assez mal recouvert par les cheveux de la lisière du front, que la patiente rejette en arrière pour dissimuler l'alopécie. Et comme je l'ai dit, la peau, sur cette surface, semble plutôt atrophique que vraiment cicatricielle. Ce n'est pas une cicatrice creuse ; la peau y garde son niveau normal, elle n'est pas luisante mais seulement un peu plus lisse et un peu plus blanche que la peau voisine.

Tel est l'ensemble symptomatique que présente l'*alopécie liminaire frontale*, affection peut-être exclusive à la femme, en tous

cas plus commune chez elle, dont la phase initiale sub-inflammatoire semble survenir au cours de l'adolescence et progresser rapidement, limitée à un parcours toujours le même; après elle, demeure une alopécie définitive et complète partout où la maladie a passé.

Par son mode de naissance, sa symptomatique au début, cette affection s'apparente aux acnés à évolution cicatricielle dont l'*acné nécrotique* ou varioliforme est le prototype, mais jamais l'acné nécrotique même localisée aux régions frontales n'affecte une semblable systématisation et une aussi parfaite symétrie.

Cette affection n'est pas non plus sans ressemblance avec l'acné décalvante de Quinquaud, mais celle-ci non plus n'est jamais pareillement systématisée, elle n'a pas de point d'élection si ce n'est la nuque et son évolution toujours chronique se poursuit pendant des années.

L'*alopécie liminaire frontale* ne saurait être confondue davantage avec le *lupus érythémateux* dont les squames crétacées, adhérentes sont sous-tendues par une rougeur diffuse permanente qui ne laissera place à une cicatrice que très lentement.

Après coup, à la phase cicatricielle, on pourrait penser à une pelade en bande, ophiasique, mais l'*ophiasis* ne respecte jamais la bordure, au moins si régulièrement. La symétrie des deux triangles alopéciques temporaux, entourés de cheveux sains n'a rien qui ressemble à l'ophiasis; enfin l'alopécie est définitive par sclérose folliculaire et cicatrice.

On comprend qu'une pareille affection ne puisse être curable qu'à son début. Dès que l'alopécie est survenue elle est cicatricielle, et si la trace de la maladie reste définitive, la maladie en soi, n'en est pas moins guérie désormais. Il n'y a donc à ce moment rien à faire. C'est en cet état qu'on voit le plus grand nombre des patientes; alors on ne peut plus que déclarer leur alopécie incurable.

Tout autre est le rôle du médecin lorsqu'il est consulté assez tôt pour voir la maladie en évolution. Or j'ai observé que ces lésions offrent une très haute résistance à l'action des médicaments. A dose normale aucun n'agit, mais une pommade fortement soufrée (10 o/o) additionnée de résorcine, cinabre et acide pyrogallique (3 o/o) m'a donné en cinq ou six semaines la disparition progres-

sive et définitive des lésions ; l'alopécie n'a pas continué après la disparition des croûtelles, elle est restée limitée à ce qu'elle était au commencement du traitement. En tenant compte de ce fait que l'huile de cade est pour le cuir chevelu le meilleur des topiques dans le plus grand nombre de cas, voici donc la prescription que l'on sera conduit à formuler.

Appliquer chaque soir sur les lésions, par massage bien appuyé très peu de la pommade suivante :

Huile de cade désodorisée	10	gr.
Lanoline pure	10	»
Vaseline blonde.	10	»
Résorcine.	1	»
Acide pyrogallique	1	»
Soufre précipité.	3	»
Cinabre	1	»

dont on peut essuyer l'excès après le massage.

Chaque lendemain on nettoiera la région avec une boulette d'ouate imprégnée de :

Alcool à 90°	50	gr.
Acétone anhydre	50	»
Eau distillée	100	»

Et une fois au moins par semaine, savonner au savon blanc de toilette.

Fort de mes premiers résultats antérieurs, lorsque le second cas s'est présenté je l'ai attaqué de même, et j'ai obtenu le même succès, à cela près que le sillon alopécique était déjà beaucoup plus marqué.

Ainsi, ces lésions qui ne sont pas sans ressemblance objective avec l'*ancien eczéma séborrhéique de Unna* doivent se traiter localement comme lui mais plus activement. Le petit nombre de cas en évolution que j'en ai pu suivre m'interdit toute conclusion sans réserve. Je ne puis dire que ce que j'ai vu comme je l'ai vu. Mais si désormais je rencontrais un cas semblable, je sais comment je le traiterais, et avec la plus grande espérance de le guérir. Ceci est une conclusion de pratique donc à retenir avant tout.

J'y ajouterai une autre remarque, importante aussi : Cette

étrange maladie semble commencer toujours au centre de la touffe de cheveux plantée au devant des oreilles, donc toute lésion localement sensible, recouverte de croûtelles grasses agglomérées, lorsqu'elle siège en ce point, surtout si elle est symétrique et si elle s'entoure d'un liseré alopécique déjà visible, doit évoquer l'*alopécie liminaire frontale* définitive. Il importe par conséquent d'en poursuivre l'examen très minutieusement, de chercher si elle ne présente pas quelque symptôme autre et spécial que je n'ai pas vu, enfin d'en attaquer vigoureusement les lésions par les agents qui m'ont réussi.

Je borne là cette note; les cas observés ont été trop rares pour que je puisse en dire davantage. Spécialement l'anatomie pathologique de cette affection m'est inconnue, de même sa flore bactérienne, car dans les deux cas où l'analyse en aurait pu être faite, je n'avais rien sous la main pour me permettre de la tenter.

IV. — Je viens d'étudier cliniquement l'alopécie liminaire frontale, mais son étude histologique et bactériologique restent à faire, et l'on pourrait en dire autant de la plupart des alopécies définitives au cours des affections chroniques les plus différentes.

J'ai commencé l'anatomie pathologique de la pseudo-pelade de Brocq, avec P. Photinos (elle est vraiment très particulière); mais cette affection reste inconnue dans sa cause, peut-être microbienne. Et à côté de ce type morbide dont l'étude anatomique est seulement esquissée, que d'autres dont on ne connaît rien !

On connaît l'anatomie pathologique de l'acné nécrotique que j'ai étudiée jadis avec Amabilis, mais si le processus, qui n'est pas celui d'une acné mais d'une folliculite orificielle est connu dans sa cause, car on y trouve toujours, à côté du micro-bacille, le staphylocoque doré, et on y poursuit son évolution depuis le début de la lésion jusqu'à la cicatrice parfaite, cependant l'infection microbienne ne paraît pas atteindre le follicule jusqu'à sa base, et pourtant, en nombre des cas, le cheveu qui centre la lésion ne repousse pas; l'évolution scléreuse de son follicule serait par conséquent à mieux connaître, donc à étudier.

J'en dirais autant de tous les sycosis à évolution cicatricielle, depuis le sycosis chronique de la barbe où j'ai vu quelquefois la suppuration descendre jusqu'au niveau de la papille, mais où les

biopsies nous apprendraient sans doute sur la disparition progressive des poils, nombre de faits que nous ignorons encore.

De même dans le sycosis faussement nommé : acné chéloïdienne, et dans l'acné décalvante de Quinquaud qui n'est pas une acné non plus, dont nous ne connaissons rien que son tableau clinique, d'ailleurs rare.

Il existe en outre, toute une série de folliculites sourdes qui évoluent tout entières sans jamais avoir montré de pustules circumpilaires, ni aucune suppuration perceptible, sans phénomènes inflammatoires autres qu'un simple point rougeâtre à l'orifice folliculaire, si peu marqué qu'on le devine plutôt qu'on ne le voit, et qui aboutissent toutes à la sclérose folliculaire et à la disparition définitive du cheveu.

Ainsi arrive-t-il, après un grand nombre d'alopécies séborrhéiques masculines mais surtout féminines, où les cheveux qui restent ne forment plus que de petits îlots intacts, parmi des milliers de cicatricules où ne se voit plus aucun cheveu.

De même voyons-nous se faire, au niveau du Lambda, chez la femme d'un certain âge, une tache d'alopécie définitive par atrophie progressive, et quelquefois même sans qu'on y puisse surprendre aucune réaction inflammatoire si petite qu'elle soit ; même le point rouge folliculaire orificiel commun dans l'acné décalvante de Quinquaud, moins fréquent et moins visible dans la pseudo-pelade de Brocq, ne se voit plus du tout ici.

De tout ceci, nous ne savons rien quant au processus semi-inflammatoire et d'évolution scléreuse qui doit entraîner la mort du cheveu et l'effacement du follicule. Et s'il nous fallait dire comment se fait la cicatrice du favus et celle du lupus érythémateux, et par quelles phases s'y fait l'involution du follicule pilaire avant qu'il disparaisse tout à fait, nous verrions combien de notions nous manquent encore et combien de travaux seront nécessaires pour nous les donner.

Pas davantage nous ne savons comment un impétigo chronique sur place, alors qu'il ne touche que la surface peut entraîner la cicatrice et la dépilation définitive (*impetigo scabida*). Et même comment tombe le cheveu au-dessous d'une croûte d'impétigo aigü, alors que la lésion n'a occupé que l'épiderme sous-corné, sans folliculite d'aucune sorte... A mesure qu'on apprend, on mesure mieux ce qu'on ne sait pas.

Ainsi et pour conclure :

Nous connaissons cliniquement deux types d'alopécie. La première, avec rénovation du cheveu même si cette rénovation ne doit pas aboutir à la *restitutio ad integrum* : 1° alopécie post-infectieuse ; 2° séborrhée ; 3° pelade.

L'autre par sclérose folliculaire définitive et disparition du follicule : Folliculites décalvantes et atrophies folliculaires.

Mais dans le premier type d'alopécie, nous ignorons presque tout des causes qui les déterminent, car nous ne comprenons pas comment la fièvre peut agir sur le cheveu en arrêtant momentanément la fonction papillaire qui le crée.

Et dans le second type, encore moins connu, et dont le mécanisme d'un cas à l'autre peut être d'ailleurs très différent, nous en ignorons non seulement l'étiologie, mais la pathogénie et presque tout de l'anatomie pathologique. Enfin nous arrivons presque toujours trop tard pour en empêcher l'évolution.

Tout cela montre combien des recherches patientes sont encore nécessaires sur ces sujets.

QUELQUES PRÉCISIONS
SUR LA CRYOTHÉRAPIE

MM. L. LORTAT-JACOB et G. SOLENTE

Comme nous le disait récemment dans une conversation privée le professeur Allen Pusey, premier auteur qui ait appliqué la neige carbonique au traitement des dermatoses, deux points sont à relever au sujet de la cryothérapie : d'abord son *innocuité*, ensuite *la foule* des états pathologiques auxquels elle apporte un traitement utile. Nous soulignerons ici les propres expressions de Pusey dont la grande expérience en cette matière est une précieuse confirmation de ce que nous avons vu nous-mêmes. Ces deux points remarquables, nous en avons, dans un livre récent (1), souligné l'importance et cherché les raisons d'être. La cryothérapie est inoffensive à condition bien entendu que sa technique et ses indications soient observées et cette innocuité elle la doit à la stricte localisation de ses effets à la surface traitée. D'autre part, la cryothérapie a des indications très nombreuses, puisque, procédé non destructeur, elle opère sur les divers tissus des modifications complexes dont l'histogie et l'étude physiologique nous ont permis de vérifier la réalité et les variations. Si l'on ajoute que ces variations peuvent être à l'aide de moyens simples, orientées dans le sens voulu, c'est-à-dire de manière à corriger les altérations tissulaires dont on se propose le traitement, on ne saurait être surpris ni de la *foule*, ni même des contradictions apparentes des indications présentées. Prenons quelques exemples.

Le cryocautère appliqué en pointe givrée un temps suffisant opère une décoloration locale, une destruction du pigment mélanique. D'où son emploi possible dans certains chloasmas, certaines

(1) *La Cryothérapie*, Masson, 1930.

taches pigmentaires. Et pourtant nous employons la cryothérapie pour recolorer les taches blanches d'un vitiligo : mais ce n'est pas sous la même forme. L'expérience nous a montré que des congélations très brèves et répétées associées à des frictions, ce que nous appelons le *repassage* cryothérapique, provoquait des effets révulsifs avec hyperémie et élévation prolongée de la température locale, en somme des phénomènes réactionnels. Ils sont donc inverses de ceux qu'opère la congélation même qui réduite ici au minimum, n'en est pour ainsi dire que l'occasion. D'ailleurs, nous ne sommes pas seuls à avoir vu des faits semblables. La congélation prolongée produit une dépilation locale, et pourtant, MM. Sabouraud et Noiré ont utilisé des frictions avec le crayon de neige carbonique pour le traitement de la pelade, maladie où notre repassage nous a permis les mêmes succès. Mais quelle contradiction suprême que d'aller frotter avec de la neige les parties du corps saisies par le froid, et pourtant l'efficacité séculaire de ce moyen en a rendu dans les régions froides la pratique universelle.

En fait, des moyens différents produisent des effets différents. Tel est le principe élémentaire duquel il est aisé de réduire les contradictions qui nous sont imputées. Les ressources variées de la cryothérapie ont multiplié ses indications. Aussi un second reproche nous est-il fait, celui d'avoir été trop larges. Mais nous ne devions pas l'être moins. Nous devions respecter cette règle posée par nous : « Si dans le cours de quelque état morbide qu'on puisse supposer, la cryothérapie peut être appelée à rendre des services, si effacés soient-ils et si rare soit la circonstance, il était de rigueur que toutes les désignations utiles en fussent faites » (1).

Et qu'on ne dise pas que dans cette voie « il serait imprudent de nous suivre », car on serait bien loin de le faire si l'on plaçait sur le même plan tous les troubles que nous énumérons. La cryothérapie n'est pas une panacée. Elle a ses indications primordiales, elle en a d'exceptionnelles. Nous nous sommes attachés à distinguer les unes des autres. Mais il n'est pas toujours inutile de répéter. Quelles sont donc, à notre sens, les indications primordiales de la méthode ?

Mettons au premier rang les *angiomes tubéreux*, sur lesquels

(1) *Loc. cit.*, p. 80.

nous n'insisterons pas. Nous avons dit quelles formes donnaient les les plus beaux succès et à quels dangers exposaient d'autres procédés. Quand elle est applicable, une méthode inoffensive est toujours supérieure à une autre, occasionnellement dangereuse.

En vertu du même principe nous nous servons uniquement dans le traitement des *verrues plantaires* du cryocautère et de la curette selon le procédé préconisé par nous. Ce n'est pas que nous ignorions qu'on puisse les guérir autrement, c'est au contraire par crainte des dangers des autres méthodes. Quant aux autres formes de verrues, c'est le plus souvent aussi par le cryocautère que nous les traitons, mais nous ne contestons pas qu'il soit légitime de leur opposer d'autres thérapeutiques.

Voyons le *lupus érythémateux* sur lequel l'action favorable de la cryothérapie est bien connue. Pourtant nous y sommes si peu ses partisans exclusifs que l'un de nous a été l'un des introducteurs du traitement de ce lupus par le bismuth. Les résultats sont souvent très bons et s'obtiennent sans que le malade soit exposé aux redoutables accidents du traitement par l'or, méthode préconisée notamment outre-Rhin. Puis rien n'empêche d'associer le traitement local au traitement général, pour le plus grand bénéfice du malade. Et le lupus érythémateux représente sans aucun doute l'une des maladies où le froid agit le plus favorablement.

Passons aux *cicatrices chéloïdiennes*. Ici la cryothérapie est sans rival, nous n'insistons pas.

Arrivons à certaines affections précancéreuses, telles que les *kératoses séniles*, qu'il faut guérir sans les irriter. Rien n'égale ici le cryocautère. Le procédé classique par le galvanocautère, complètement illogique, est à rejeter absolument. Le froid par contre est utilisable même dans certains épithéliomas confirmés lorsqu'ils sont très petits, bien limités et à type baso-cellulaire. Mais nous ne disons pas qu'il soit interdit de les traiter par d'autres moyens ! ...

Que dire du *rhinophyma* ? Se trouvera-t-il quelqu'un pour préférer la décortication chirurgicale du nez à l'usage du cryocautère ? Et de la *leucoplasie buccale* ? Il est bon de traiter la syphilis dont elle peut dépendre, et nous n'y manquerons pas. Il est bon aussi de prévenir une dégénérescence épithéliomateuse en transformant par le froid les altérations épithéliales que traduit l'aspect leucoplasique. Signalons encore les *verrues séborrhéiques* et le *xan-*

thelasma des paupières. Bien d'autres maladies pourraient être énumérées, et nous l'avons fait dans notre livre en montrant comment les effets expérimentalement constatés du froid sont aptes à corriger les lésions qui les caractérisent. Mais nous ne voulons rappeler ici que les indications cardinales de la méthode. Elles sont faites du principe vulgaire : *primum non nocere*. Active et non nuisible, la cryothérapie permet de l'observer.

Une dernière objection, celle-ci plus flatteuse, nous a été faite. Ce serait notre virtuosité qui permettrait le succès quand l'échec serait certain si d'autres mains maniaient notre instrument favori. Qu'on veuille bien nous lire. On verra que cette virtuosité se réduit à savoir ce que nous voulons obtenir et à le réaliser par des moyens élémentaires. Sans doute on ne manie pas le cryocautère n'importe comment, mais enfin il n'est pas difficile de prendre note du temps de l'application, de la pression exercée, ou de faire, quand il y a lieu, refluer un peu d'acétone sur la pointe de l'appareil. La technique de la cryothérapie repose sur de tels procédés. Il est donc facile de s'en servir correctement, et c'est là encore un avantage non négligeable.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en décembre 1930.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le retour offensif de la syphilis en Europe, par F. Fusse. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 12, décembre 1930, p. 881.

F. a fait une enquête auprès des principaux syphiligraphes d'Europe et rapporte leurs constatations. Dans l'ensemble, le phénomène inquiétant de recrudescence de nouveaux cas a commencé à se manifester vers 1924 en Italie, vers 1925 en Angleterre, en France, en Roumanie, vers 1926 en Autriche, Esthonie, Suède, Suisse, vers 1927 en Finlande, Lithuanie, Norvège, vers 1928 en Belgique. Ce n'est qu'au Danemark et en Espagne que la diminution semble s'être poursuivie jusqu'en 1929. L'auteur croit que la crise économique actuelle ne peut permettre de prévoir une amélioration proche de cette situation. Dans un avenir plus lointain, dit F., « une profonde réforme des institutions économiques et sociales pourrait faire disparaître la prostitution qui reste, sinon l'unique, du moins la principale source des maladies vénériennes ».

H. Rabeau.

Modifications anatomo-pathologiques du muscle de l'appareil valvulaire et des vaisseaux cardiaques du lapin au cours de la syphilis expérimentale, par K. Jaricheff. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, no 12, décembre 1930, p. 902, 4 fig.

J. a fait la comparaison entre les lésions anatomo-pathologiques trouvées dans le muscle cardiaque des lapins syphilitiques et celles que l'on trouve dans la syphilis humaine : dépendance régulière entre la durée de l'infection et la gravité lésionnelle ; possibilité de voir précocement (6 mois après l'infection) une infiltration large, diffuse des parois ventriculaires et de la cloison avec phénomènes initiaux de sclérose et altérations vasculaires ; constatation dans des cas relativement anciens (2 à 3 ans) de lésions se bornant à une infiltration disséminée insignifiante avec un système vasculaire peu changé.

Dans certains cas, analogie complète, mêmes gommes circonscrites, mêmes processus scléro-gommeux, participation précoce au processus

de l'appareil vasculaire jusqu'aux plus minuscules rameaux, maxima des lésions, au sein des valvules sigmoïdes avec tendance à la transformation fibreuse. Dans un cas, J. a trouvé dans le myocarde lésé du lapin des spirochètes nombreux. H. RABEAU.

Erythème biotropique du 9e jour, après ingestion de balsamique, par H. GOUGEROT. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 12, décembre 1930, p. 915.

Homme de 23 ans, atteint de gonococcie urétrale, soigné par les grands lavages permanganatés. Une goutte matinale persistant, le malade prend 12 capsules d'un balsamique pendant 8 jours et au 9e jour se déclenche un érythème généralisé commençant par les épaules, s'étendant rapidement et en une journée envahissant tout le corps sans prurit, sans phénomènes généraux. L'identité clinique avec les érythèmes biotropiques de Milian, les différences cliniques avec les roséoles balsamiques, l'incubation de 9 jours nous font admettre qu'il s'agit d'un érythème biotropique déclenché par les balsamiques et non d'une toxidermie balsamique. H. RABEAU.

Epidémie estivale d'érythème biotropique arséno benzolique, par H. GOUGEROT, RAGU et J. WEIL. *Annales des Maladies Vénériennes*, 25e année, n° 12, décembre 1930, p. 916.

En août 1930, cinq femmes ont eu des érythèmes biotropiques de Milian, aux 4e, 6e, 8e, 9e et 10e jours après la première injection. Quatre avaient reçu les mêmes ampoules de 0,60 d'une même boîte. On pouvait suspecter une mauvaise série de 914. Or 3 de ces malades après un court entracte de bismuth ont reçu la même dose de 0,60 sans aucun érythème. Il ne saurait non plus s'agir de contagion hospitalière. Ces érythèmes n'avaient les caractères d'aucune fièvre éruptive contagieuse, ni de la rougeole, ni de la scarlatine, ni de la rubéole. Les auteurs incriminent des *infections estivales de la période des grandes chaleurs*, sans contagion hospitalière, éveillées par biotropisme (5 observations). H. RABEAU.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Maladie innominée (Erythème nummulaire et récidivant « in situ » et à reliquat pigmentaire), par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, n° 11, novembre 1930, pp. 515-523, 2 fig.

Chez une ancienne syphilitique en apparence indemne de tout accident spécifique en évolution, apparaissent de temps à autre des éléments érythémateux, très chauds s'affaissant en quelques jours, mais laissant une cicatrice pigmentée. L'auteur en donne une description minutieuse et se demande s'ils ne relèvent pas d'une atteinte ancienne du sympathique par la syphilis. A. BOCAGE.

Maladie de Duhring avec éléphantiasis du membre inférieur droit, par G. Milian et Horowitz. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 11, novembre 1930, pp. 524-531, 2 fig.

Chez un homme de 46 ans, suivi depuis cinq ans pour une maladie de Duhring s'est développé un éléphantiasis du membre inférieur dont la nature streptococcique ne put être élucidée que par l'examen d'une biopsie ganglionnaire. Celle-ci permit la culture du streptocoque et une inoculation positive au scrotum du lapin, donnant chez l'animal un œdème éléphantiasique scrotal pendant une dizaine de jours. Les badigeonnages à l'alcool iodé et les injections de sérum antistreptococcique permirent une résolution de l'éléphantiasis du malade.

A. Bocage.

Sur une épidermophytie de la région inguino-crurale due à un trichophyton gypseum, par E. Rivalier. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 11, novembre 1930, pp. 532-539, 1 fig.

La lésion présentait des caractères intermédiaires à ceux de l'érythrasma et de l'eczéma marginé ; coloration uniforme, absence de vésiculation, grande étendue, contours irrégulièrement déchiquetés. Dans les squames à peu près pas de filaments mycéliens, mais seulement des éléments arrondis. La culture montra qu'il s'agissait d'un trichophyton dont on obtient, suivant l'origine des squames, une culture typique et une culture pléomorphique. Expérimentalement, ces deux souches furent pathogènes pour l'animal, mais envahirent peu les poils.

A propos de cette observation, l'auteur se demande quelle peut être dans la pathogénie de ces affections cutanées, le rôle des formes de dégénérescence des trichophytons et si les mutations des dermatophytes n'ont pas dans la détermination des lésions beaucoup plus d'importance que le terrain.

A. Bocage.

L'eczéma, par G. Milian. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 11, novembre 1930, pp. 540-542.

L'eczéma est une affection de la peau due à l'altération du système sympathique vaso-moteur, tantôt d'origine périphérique, tantôt d'origine centrale (quand par exemple tête et avant-bras sont pris simultanément).

Tout ce qui a modifié, altéré profondément le sympathique est une cause efficiente de l'eczéma ; certaines actions sont des causes prédisposantes, et il est des causes déterminantes, tout à fait accessoires par rapport aux autres.

L'auteur, qui rejette tout néologisme, conclut que, ainsi compris, l'eczéma prend très facilement sa place dans la pathologie et que ses parentés morbides et ses alternances sont très facilement explicables.

Il est à craindre que l'extrême brièveté de cet exposé ne laisse pas la même impression à ceux qui n'ont pas suivi l'enseignement de M. Milian dans son service.

A. Bocage.

Urticaire et dermite d'origine staphylococcique, par P. Chantriot. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 6e année, n° 11, novembre 1930, pp. 543-546.

Courte observation avec documentation bibliographique et commentaires appropriés d'un cas d'érythème urticarien accompagnant pyodermite et echtyma. A. Bocage.

L'Actualité Médico-chirurgicale (Paris).

Que faut-il demander en pratique à la réaction de Bordet-Wassermann, par Ferru. *L'Actualité Médico-chirurgicale,* n° 2, novembre 1930, pp. 65-76.

Excellente revue générale par un non spécialiste qui montre les dangers d'une interprétation maladroite des résultats de la réaction à laquelle il demande : 1° d'être bien faite ; 2° d'affermir et non d'établir le diagnostic ; 3° de contrôler, mais non de juger le traitement ; 4° d'éclairer mais non de fixer le pronostic. Au cours d'un exposé remarquablement clair et ordonné, de très courtes observations ou des citations bien choisies justifient les conclusions de l'auteur, parmi lesquelles nous signalerons cette saisissante formule : il ne faut pas demander des « arrêts » à la réaction de Bordet-Wassermann.

A. Bocage.

Archives de Médecine des enfants (Paris).

Modifications de la lame de l'ongle comme indice des troubles aigus de la nutrition, par G. N. Spéransky. *Archives de Médecine des enfants,* t. XXXIII, n° 12, décembre 1930, pp. 727-730.

Dans cette revue générale, l'auteur rappelle en particulier le sillon transversal de Beausché spécialement étudié par Schick, qui apparaît chez la plupart des nouveau-nés et plus spécialement chez les hérédo-syphilitiques : visible vers la cinquième semaine après la naissance, il correspond aux troubles physiologiques qui marquent le passage de la vie intra-utérine à la vie extra-utérine et qui pendant les premiers mois est utile pour indiquer l'âge de l'enfant.

L'auteur cite en outre deux observations d'enfants chez qui des sillons transversaux marquaient la date de maladies aiguës graves antérieures. On doit compter 7 à 10 jours par millimètre entre l'ongle et le bourrelet onguéal, plus 14 jours.

L'ongle concave en verre de montre tient à des phénomènes d'hyperémie, l'ongle tubulé n'appartient qu'aux syphilitiques.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Note sur un essai de traitement des néoplasmes, par A. Aimes. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CIV, 94e année, n° 38, décembre 1930, pp. 534-539, 3 fig.

Le professeur agrégé A. vante les bons effets d'un liquide dont il nous donne la composition complexe identique à celle que nous trouvons sur les échantillons médicaux de synthol. Il l'a essayé en injections dans les tissus : il favorise l'élimination de certains éléments et en même temps paraît-il le processus de réparation. La communication concerne quelques observations de tumeurs :

1° un botriomycome guéri par quelques injections dans le pédicule ;

2° deux papillomes de la peau ; un cancer baso-cellulaire cicatrisés en trois injections, sans cicatrices apparentes ; un épithélioma mixte, guérison en vingt jours par trois injections ; trois épithéliomas spino-cellulaires guéris à peu près dans les mêmes conditions. Toutes ces lésions avaient été vérifiées histologiquement.

A. Bocage.

Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel (Paris).

Traitement des verrues plantaires par l'électro-coagulation, par P. Coignerai. *Bulletin de l'Hôpital Saint-Michel*, 11e année, n° 6, pp. 369-370, 1 fig.

L'auteur qui reproche au galvano-cautère d'être douloureux conseille l'électro-coagulation, mais sous anesthésie à la novocaïne. Il emploie la méthode bi-polaire avec des courants de faible intensité qui font blanchir la verrue au moyen d'une dizaine de piqûres en collerette en tissu sain ; il faut éviter de provoquer l'apparition d'étincelles profondes. L'auteur affirme que sous une simple gaze protectrice la cicatrisation se fait en quinze jours sans infection ni récidive, mais il n'emploie sa méthode que depuis trois mois.

Puisqu'il fait une anesthésie on ne voit pas la supériorité de ce procédé sur la curette qui enlève facilement toutes les verrues et rien qu'elles avec épidermisation complète en quatre jours sous un pansement légèrement antiseptique.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 44e année, n° 54, 20 décembre 1930, p. 923.

Cette lettre constitue une revue générale de la question de l'urticaire à la lumière des livres récents. Avouons que le praticien aura quelque peine à se retrouver au milieu des différentes méthodes proposées. Voici ce que fait S. dans sa pratique : en présence d'un cas aigu, il fait de suite de l'auto-hémothérapie, de larges poudrages avec du talc et souvent la crise est calmée. Pour un cas chronique, les méthodes les moins infidèles sont l'auto-hémothérapie, l'administration de peptone et de pancréatine avant et pendant les repas, les injections intraveineuses de bromure de strontium. Le gardénal et l'aspirine calment assez bien les crises aiguës de prurit.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Essai de traitement de l'urticaire, de l'œdème de Quincke et de l'eczéma par un extrait splénique de porc très concentré, par Pasteur Vallery-Radot et P. Blamoutier. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 32, 1er décembre 1930, p. 1666.

A la suite des travaux de Thomas M. Paul, les auteurs ont traité par les extraits de porc 18 malades : 12 urticaires avec ou sans œdème de Quincke, 5 cas d'eczéma chronique, un psoriasis. Six urticaires ont été guéris ou considérablement améliorés ; pour 2 cas le résultat fut passager et incomplet, pour 2 aucune action, enfin, 2 malades n'ont pu être suivis. Sur 5 eczémas chroniques, 2 ont été complètement guéris, 3 ont vu leur eczéma s'améliorer considérablement. Le malade atteint de psoriasis n'a pas été modifié par le traitement splénique.

L'extrait employé est préparé suivant le procédé utilisé pour les « per-extraits ». Le liquide d'extraction est désalbuminé avec soin, l'extrait mou obtenu est dilué à 8 o/oo dans l'eau physiologique. Chaque centicube correspond à 10 grammes de rate de porc. Les injections sont faites dans la région rétro-trochantérienne, la première de 2 centimètres cubes, les suivantes de 5 centimètres cubes, puis de 10 centimètres cubes. Les injections sont faites chaque 2 jours, par série de 10 à 12 injections. Elles ne sont pas douloureuses avec des extraits bien purifiés, et les auteurs n'ont jamais constaté le moindre signe d'intolérance.

Le mode d'action de ces extraits est mal élucidé, mais les résultats comptent.

Sézary qui a aussi expérimenté les extraits spléniques apporte quelques réserves dans l'appréciation des résultats.

H. Rabeau.

Ostéite diffuse et protéiforme probablement d'origine syphilitique, par H. Dufour, Cottenot, Reyt et Melle Riom. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 33, 8 décembre 1930, p. 1716, 9 fig.

Malade de 75 ans présentant une tuméfaction du genou. Une radiographie montre des lésions débordant l'articulation, atteignant la diaphyse, et incite à explorer la totalité du squelette. On découvre alors de nombreuses lésions d'ostéite diffuse ne s'apparentant ni à la maladie osseuse de Paget, ni à la maladie kystique de Recklinghausen, ni à une néoplasie osseuse. La malade n'est ni tuberculeuse, ni cancéreuse. Les réactions sérologiques sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. La malade a fait une fausse couche de 8 mois avec fœtus macéré, et les auteurs tendent à rapporter les lésions à l'existence d'une syphilis ancienne, éteinte dans ses déterminations humorales.

H. Rabeau.

Les complexes savons en thérapeutique interne, par Maurice Renaud. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 33, 8 décembre 1930, p. 1754.

Les savons, quel qu'en soit le radical, ont la propriété de se lier aux substances minérales et organiques les plus diverses pour former des complexes de propriétés spéciales. En particulier du fait de leur mode de diffusion et de pénétration des éléments sensibles, ces complexes savons permettent d'introduire dans l'organisme les antigènes et les médicaments sous une forme sûre et efficace. R. a pu réaliser des complexes de mercure, d'or, d'osmium, d'acridine, dont il étudie la valeur thérapeutique. H. Rabeau.

L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et des eczémas, par Paul Chevallier et Léon Bloch. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 35, 22 décembre 1930, p. 1814.

Les auteurs utilisent la rate de veau au lieu de rate de porc. Ces extraits aqueux préparés par le Prof. Soula correspondent à 12 gr. 5 de rate par centicube. Ils s'injectent sous la peau à la dose de 2 centimètres cubes ne provoquant pas de douleur. En injections sous-cutanées quotidiennes, quelquefois vers la 8e ou 10e injection, il y a de petites réactions locales au point d'injection qui ne tardent pas à disparaître. Les résultats du traitement ont été toujours intéressants, souvent remarquables, parfois extraordinaires, c'est-à-dire très rapides et complets. Les recherches actuelles des auteurs tendent à préciser la posologie, les indications et les limites de cette thérapeutique. H. Rabeau.

Les savons et métaux lourds dans le traitement des maladies infectieuses. Syphilis-tuberculose, par M. Renaud. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 46e année, n° 35, 22 décembre 1930, p. 1832.

R. a utilisé un complexe savon-cyanure de mercure chez 5 malades porteurs d'accidents secondaires. Il a noté la disparition aussi rapide des accidents avec ces doses très faibles de mercure (6 centigrammes) qu'avec les médications tenues pour les plus efficaces.

Il s'est servi dans le traitement de la tuberculose d'un complexe d'or et d'osmium avec des résultats très encourageants puisque sur un groupe de 30 malades traitées, il ne s'en trouve que 14 au bout de 3 mois chez lesquelles la maladie a continué d'évoluer d'une façon progressivement défavorable. Il pense qu'il y a là une médication pleine de promesses pour l'avenir. H. Rabeau.

Le Monde Médical (Paris).

Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis d'après trente années d'observation : la période biologique de la syphilis nerveuse, par Paul Ravaut. *Le Monde Médical*, t. XL, n° 771, juin 1930, 52 pages.

Trente années d'observation, c'est-à-dire trente années pendant lesquelles les recherches ont été poursuivies sans cesse avec une précision, une sûreté merveilleuses, les techniques créées, les observations amassées avec une patience et un soin remarquables. Après cette longue période, montrer dans un travail d'ensemble, avec un luxe d'observations unique, le chemin parcouru, les difficultés rencontrées, les étapes franchies, les résultats obtenus, les déductions pathogéniques et pratiques qu'il est possible d'en tirer, voilà ce qu'a bien voulu faire R. dans un journal non spécialisé qui, lu par tous les médecins, leur enseignera tout ce que l'on peut attendre de l'étude du liquide céphalo-rachidien et comment on doit envisager à l'heure actuelle l'évolution de la neurosyphilis.

Les faits par lui présentés semblent d'une simplicité et d'une clarté lumineuses ; pourtant certaines notions qui semblent banales aujourd'hui ont été l'objet, lorsqu'il les présenta, de vives critiques. Mais sûr des faits, R. sut les imposer.

L'historique de la question montre quelle part immense est la sienne. Ayant créé en 1900 avec Widal le cyto-diagnostic, ils l'appliquaient avec Sicard à l'étude du liquide céphalo-rachidien. 1903, c'est l'étude des albumines, étude menée parallèlement par Guillain et Parent, mais c'est surtout la découverte des réactions méningées *latentes* de la syphilis secondaire. Il entreprit alors l'étude du liquide céphalo-rachidien à toutes les périodes de la syphilis acquise et héréditaire, et l'évolution de ces réactions (mémoires de 1903, 1904, 1907). Avec Ponselle en 1906, il constata, pour la première fois la présence de *spirocheta pallida* dans les méninges d'un petit hérédo.

Étudiant la réaction de Bordet-Wassermann, il montra avec Levaditi, en 1908, l'absence de parallélisme entre la réaction du sang et du liquide céphalo-rachidien, fait dont l'importance est encore trop fréquemment oubliée. Puis c'est le beau mémoire de janvier 1914, « Comment dépister la syphilis nerveuse ? » où R. ayant déjà pu suivre un grand nombre de malades démontre l'exactitude de l'opinion qu'il avait émise en 1903 : les signes biologiques révélés par l'examen du liquide céphalo-rachidien précèdent parfois de très longtemps l'apparition des signes cliniques. Il établissait ainsi, pour la première fois, la distinction de deux grandes périodes dans l'évolution de la syphilis nerveuse. L'une, période qu'il nommait à ce moment « préclinique », qu'il appelle maintenant « biologique » révélée seulement par la ponction lombaire, pendant laquelle les lésions s'installent, jusqu'au jour où leur atteinte se manifeste par le premier signe clinique ; période clinique. Les travaux récents sur la malariathérapie de la syphilis nerveuse, mettent en lumière toute l'importance de cette notion, puisque du diagnostic précoce de la syphilis nerveuse dépend le résultat de la thérapeutique.

Depuis cette date, dans une série de publications, R. a montré quand

on doit analyser le liquide céphalo-rachidien, comment on peut rapidement doser l'albumine du liquide céphalo-rachidien, de quelle importance séméiologique est l'étude cytologique du liquide céphalo-rachidien et comment la méthode des colorations vitales permet de la mener à bien. On verra dans un premier chapitre comment s'enchaînèrent ses recherches.

L'étude des diverses réactions du liquide céphalo-rachidien, de leur origine, de leur évolution, de leur interprétation, constitue le second chapitre.

Dans le troisième chapitre, R. montre ce que deviennent les syphilitiques ayant présenté des réactions positives du liquide céphalo-rachidien. Parmi eux, les uns guérissent par le traitement, d'autres conservent pendant longtemps une méningite chronique, d'autres évoluent vers le tabès ou la paralysie générale. Malheureusement, il n'existe pas à l'heure actuelle de réaction permettant de prévoir le sens dans lequel évoluera la syphilis nerveuse chez des malades observés à cette phase biologique. La prudence est donc de les dépister aussi précocement que possible et de les traiter aussitôt.

Par contre, et c'est l'objet du quatrième chapitre, pour les syphilitiques bien traités dès le début et dont le sang et le liquide céphalo-rachidien sont normaux au début de la quatrième année, l'on doit envisager l'avenir avec confiance. R. n'a pas observé par la suite de syphilis nerveuse. Il demande, étant donnée l'importance qu'il attribue à la garantie ainsi fournie, que son opinion soit vérifiée.

Le cinquième chapitre contient le résumé des faits et les déductions générales que nous énumérons seulement :

1° La précession des signes biologiques sur les signes cliniques au cours de la neuro-syphilis ;

2° Les deux grandes étapes de cette évolution : période biologique, puis période clinique ;

3° L'étude du meilleur moment pour pratiquer la ponction lombaire et dépister cette phase biologique. Dans un mémoire de 1919, il l'avait fixée au début de la 4e année si le malade est suivi depuis le début, soit plus tard si l'on veut établir son bilan pathologique. Il établit la valeur pronostique d'une réaction positive ou négative ;

4° Des considérations sur la pathogénie de la syphilis nerveuse : *a*) fréquence de l'amorce de la neuro-syphilis dès la période secondaire, puis, après une phase biologique parfois très longue, guérison ou évolution vers la méningo-encéphalite chronique ou la neuro-syphilis ;

b) importance des traitements initiaux empêchant la fixation des atteintes nerveuses ;

c) importance du terrain.

Tel est rapidement esquissé le plan de ce travail magistral au terme duquel R. évoque la mémoire du Prof. Fournier, dont l'œuvre apparaît

si grande aujourd'hui et qui, sur des données purement cliniques, sut rattacher à la syphilis le tabès et la paralysie générale. Mais il manquait le chaînon intermédiaire entre le début de la syphilis et l'apparition des signes de la neuro-syphilis. Par des moyens biologiques, l'étude du liquide céphalo-rachidien, Ravaut établit pour la première fois ce lien. Il révéla l'existence de cette période latente, préclinique, mieux « biologique » de la neuro-syphilis. Dans l'histoire de la syphilis la découverte de ce fait est capitale. H. Rabeau.

Paris Médical

Traitement de l'acné. Technique personnelle, par A. Mauté. *Paris Médical*, 20e année, n° 49, 6 décembre 1930, pp. 495-499.

Sans vouloir étudier la pathogénie de l'acné, l'auteur signale les rapports entre le fonctionnement des glandes sébacées et l'ovaire, le rôle de l'estomac dans l'acné couperose. Il croit les régimes dangereux par leur répercussion fâcheuse sur l'état général mais ne croit pas à l'influence prépondérante de l'infection microbienne.

Dans l'acné juvénile, la première indication est de dégraisser la peau, de préférence au tétrachlorure de carbone. Ensuite lotion sulfocamphrée à base de tétrachlorure de carbone et poudrer au soufre pur, ou appliquer un savon pommade à base de soufre (5), d'ammoniaque (5) dans de l'axonge (10). Les gros points noirs seront détruits au micro-cautère de Unna. En outre, pendant 4 à 6 mois, une série par mois de 12 injections faites tous les deux jours de solution sodique staphylococcique à doses croissantes.

Le même traitement est applicable à l'acné furonculeuse de la nuque en y ajoutant quelques badigeonnages à la teinture d'iode et la ponction des abcès profonds au galvano-cautère. Dans l'acné nécrotique localisée, il ajoute des pansements aux sels de cuivre.

Pour l'acné indurée du menton, le traitement local est à peu près sans effet ; comme traitement général, il emploie les extraits dermo-épidermiques embryonnaires dissous dans la lessive de soude. Il a eu des succès en provoquant de minimes abcès de fixation au moyen d'une à deux gouttes d'essence de térébenthine injectées dans le tissu cellulaire.

L'acné rosacée est la plus facile à guérir, le régime est très important : suppression du pain, de l'alcool, du vin pur, des aliments gras, manger lentement, boire peu et surtout prescrire un peu d'acide chlorhydrique 4 à 10 gouttes pendant les repas. On peut y ajouter des piqûres de solution sodique de staphylocoque.

L'acné papulo-pustuleuse miliaire récidivante est la plus difficile à traiter, les seuls résultats ont été obtenus avec injections sous-cutanées de morrhuate de soude. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

L'eczéma d'après le Congrès de Copenhague, par J. Darier. *Presse Médicale*, 38e année, no 99, 10 décembre 1930, p. 1673.

Darier était chargé avec Jadassohn du rapport principal au Congrès de Copenhague sur la question : Étiologie et pathogénie de l'eczéma. Tous les dermatologistes ont lu son magistral rapport, comme ils liront le mémoire dans lequel D. désire « aider ceux qui s'intéressent à l'eczéma, à mesurer l'étendue et à comprendre le sens de l'évolution qui s'est faite ou est en train de se faire dans leurs esprits ». Il envisage successivement la signification du mot eczéma, puis la pathogénie du processus eczéma, après les progrès et les espérances que font naître les nouvelles recherches. On a essayé de distinguer des formes cliniques et objectives ; puis, du point de vue de l'étiologie, des eczémas de cause externe locale et d'autres dus à des causes agissant de dedans en dehors. Mais d'une part ces limites sont bien souvent imprécises, puis il y a des types intermédiaires. Par contre, il y a un fait matériel certain d'ordre histologique, cette lésion épidermo-dermique spéciale, la spongiose du corps muqueux de Malpighi ; ce fait est constant, certain, il caractérise l'eczéma. D. pense qu'il n'y a pas à faire suivre ce terme d'eczéma de la qualification étiologique lorsque celle-ci est connue. Ce mot d'eczéma est un mot de processus et non de maladie.

Les rapports entre l'eczéma et l'allergie ont beaucoup retenu les rapporteurs à Copenhague. Doit-on déclarer que l'eczéma est une maladie allergique, ou quelques-unes de ses formes sont elles seules de cette nature, d'autres pas ? Après avoir précisé les significations des termes allergie, idiosyncrasie, sensibilisation, anaphylaxie, D. affirme que l'eczéma n'est jamais anaphylactique, il peut être anaphylactoïde en cas de sensibilisation brusque, mais que toujours l'eczéma est allergique dans le sens le plus large du mot. « L'eczéma n'est ni une maladie, ni un groupe de maladies définies ; — l'eczéma est un processus inflammatoire de l'épiderme caractérisé par la spongiose ; — le processus eczéma est une réaction vitale, une manifestation de l'intolérance de l'organisme à des agents qui peuvent ou pourraient lui nuire. — Même lorsqu'elle est provoquée par une substance toxique ou un agent destructeur, une réaction eczémateuse implique une intolérance soit à l'égard de cette substance ou de cet agent, soit à l'égard de dérivés qu'ils ont fait naître dans l'organisme. »

D. dit tout ce qu'on doit espérer des beaux travaux de Jadassohn sur l'allergie, de Bruno Bloch sur la sensibilisation et l'idiosyncrasie. La production expérimentale d'eczéma chez le cobaye va permettre de transporter au laboratoire l'étude de la sensibilisation. Les travaux d'Oppenheim sur les dermites artificielles montre de quelle importance est l'état préalable de la peau et le mode d'agression de l'agent nocif dans l'apparition de l'eczéma de cause externe. — Le rôle que parais-

sent jouer comme antigènes, dans certaines conditions les produits de désassimilation des tissus du sujet lui-même est à retenir. A. Whitfield a présenté un rapport sur cette « auto-sensibilisation ». Il rappelle les travaux de Petges sur les eczémas parasitaires et infectieux et l'action locale de leurs toxines. Mais cette action peut se manifester à distance et les travaux de Bruno Bloch et Jadassohn sur les trichophitides, ceux de Walthard et W. Jadassohn sur les épidermophytides, ceux de Ravaut sur les levurides sont démonstratifs. La reproduction obtenue par Ravaut avec une injection de levurine chez certains sujets sensibilisés de taches d'eczématides inhabitées de tous points identiques aux eczématides habitées dont ils étaient porteurs, et aux taches inhabitées semblables qui spontanément apparaissent chez eux est de grosse importance.

De là à penser que certains eczémas ou eczématides dont l'épiderme ne contient pas le parasite responsable pourraient bien relever de foyers parasitaires ou microbiens cachés il n'y a qu'un pas. En tout cas, ils peuvent relever d'une cause locale située ailleurs.

Traitant des eczémas d'origine alimentaire, D. cite les travaux de Lewis, ceux d'Oriel et Barber qui pensent trouver dans une protéase extraite de l'urine des malades « l'antigène véritable ». Mais on ne peut analyser un tel travail ; le vif désir de le lire, de le méditer, vient à tous les dermatologistes. H. Rabeau.

Inscription graphique des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien, par M. Lœper, A. Lemaire et J. Patel. *Presse Médicale*, 38e année, no 103, 24 décembre 1930, p. 1761, 4 fig.

Il s'agit d'un nouveau mode d'inscription des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien. L'appareil se compose essentiellement d'un tube de verre en V dont le diamètre intérieur n'excède pas 4 millimètres (il est tel que 1 centimètre cube occupe une hauteur de 6 centimètres). Un ajutage latéral facilite son remplissage sans bulle d'air. Le flotteur en verre étiré est cylindrique, sa hauteur de 3 centimètres. Son extrémité supérieure porte une paille mince, rendue rectiligne et rigide par passage dans un vernis au collodion. Cette paille soutient le style inscripteur qu'un système de guidon force à se mouvoir dans un plan rigoureusement vertical. L'inertie de l'appareil est pratiquement nulle, et sa sensibilité très grande. Les auteurs publient, à titre d'exemple, quelques tracés obtenus par ce procédé d'inscription.

H. Rabeau.

L'eczéma, réaction seconde de sensibilisation, par P. Ravaut. *Presse Médicale*, 38e année, no 104, 27 décembre 1930, p. 1785.

Le temps n'est pas loin, c'était en 1923, au Congrès de Strasbourg, où le rapport de Ravaut sur la sensibilisation et la désensibilisation dans les affections cutanées soulevait de nombreuses critiques qu'on relira avec surprise dans les rapports de ce Congrès. L'opinion générale a

si rapidement évolué qu'à Copenhague l'eczéma était considéré comme gendrer. On admet généralement que les troubles de sensibilisation Tous les dermatologistes s'accordent sur les caractères cliniques, histologiques de l'eczéma, sur la multiplicité des causes capables de l'engendrer. Mais on admet généralement que les troubles de sensibilisation résultent d'un conflit entre un corps nocif appelé antigène et une nouvelle substance suscitée par sa présence : l'anticorps. Cela est trop simple ; de nombreux antigènes peuvent engendrer des anticorps sans que cela suffise à produire des actes de sensibilisation. Il faut quelque chose de plus, c'est la sensibilité spéciale du sujet. Et schématiquement R. établit cette équation :

Antigène + sensibilisine = clasogénine,

la clasogénine étant la substance issue de la combinaison des deux premières qui, au niveau des cellules épidermiques, va engendrer l'eczéma.

De l'antigène rien à dire qu'on ne sache. Il est varié, peut créer des lésions banales, il ne créera d'eczéma que s'il rencontre la sensibilisine.

La sensibilisine, nous la dépistons sur le malade lui-même, elle imprègne les humeurs. Les expériences de B. Bloch et Naegeli de transplantation cutanée la décèlent ; les injections de levurine réveillant des lésions éteintes la décèlent. C'est par ses effets que nous en percevons l'existence. Elle peut être transmise héréditairement, c'est l'idiosyncrasie, elle peut se former peu à peu ; tantôt sa présence est passagère, tantôt elle se reforme sans cesse faisant partie de la constitution humorale du sujet, mais ne s'y maintenant pas à un taux constant. Là apparaît le rôle important des maladies infectieuses dans l'origine de ces troubles de la sensibilisation. Que de malades sont devenus des déséquilibrés humoraux à la suite d'intoxications, de fièvres éruptives !

Occulte, mais souvent très important est le rôle des affections chroniques, la tuberculose, et la syphilis surtout héréditaire. R. a souvent insisté dans ses mémoires sur l'influence perturbante de la syphilis héréditaire, sur l'instabilité humorale de ces malades.

Inactifs séparément, l'antigène et la sensibilisine forment la clasogénine. Cette union peut se faire dans le système circulatoire et se traduire par des phénomènes de choc, elle peut se faire au sein de divers organes ou tissus, au niveau de la peau déterminant diverses affections dont l'eczéma.

Passant du domaine de la biologie et de l'hypothèse à l'étude clinique, R. distingue trois grands types.

I. — Un antigène agit sur le tégument cutané et y crée sa lésion. Le plus souvent, elle guérit et disparaît. Chez d'autres, elle persiste, augmente d'intensité, évolue par poussées, a les caractères de l'eczéma. Ainsi une lésion primaire banale se transforme *in situ* en une lésion seconde à type d'eczéma à la faveur du terrain sur lequel elle évolue. On voit dans les deux cas combien la thérapeutique diffère.

II. — Dans un deuxième type d'eczéma, les lésions évoluent en deux

temps. Dans le premier, elles sont identiques à celles de la forme précédente, mais au cours de leur évolution peuvent apparaître, après un certain temps d'incubation, des lésions eczématiques à allure éruptive, presque toujours symétriques, parakératoses de Brocq, eczématides de Darier. Ces lésions secondes eczémateuses d'origine allergique, R. a pu les reproduire en injectant dans le derme une toxine de levure (levurine).

III. — Chez les malades de ce groupe, les lésions sont en apparence spontanées, c'est l'eczéma diathésique. On est en droit de penser qu'il peut s'agir de lésions secondes dont le foyer est caché et qu'il faudra rechercher à l'aide de toutes les méthodes possibles. Si on ne le retrouve pas, cet antigène nocif, il faudra porter tout notre effort thérapeutique sur le terrain.

« Si cette dissociation des actes morbides aboutissant à la production de l'eczéma peut paraître schématique, dit R., elle nous a permis d'en étudier plus méthodiquement la pathogénie et va nous aider à mettre de l'ordre parmi les nombreuses méthodes thérapeutiques que nous lui opposons. » Les unes ne sont que suspensives, neutralisantes, paraissant efficaces si la sensibilisation est passagère ; elles sont insuffisantes s'il s'agit d'un état invétéré. Dans ces conditions seules les méthodes s'adressant directement à l'antigène et surtout au terrain peuvent être définitivement efficaces et amener la guérison.

H. Rabeau.

Petite épidémie algéroise de la maladie de Connot et Bruch, papulo-érythème polymorphe infectieux saisonnier à papules rutilantes ; synonymes : fièvre boutonneuse de Tunisie, fièvre exanthématique de la région provençale, par J. Lemaire. *Presse Médicale*, 37e année, no 105, 31 décembre 1930, p. 1801, 4 fig.

C'est la première fois que cette maladie est observée dans la région algéroise. L'éruption suit de très près la fièvre qui succède au chancre d'inoculation, tache noire de Boinet et Piéri. Ce chancre siège généralement au niveau des membres supérieurs et l'inoculation semble généralement être faite par des tiques. L'incubation est de 48 heures environ. L'éruption polymorphe est composée de papules ou de nodules rouge éclatant, circinés ou pourprés. Le pronostic est bénin. L'épidémie est saisonnière, estivale. Sur 10 observations, 7 femmes.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Les « maladies du métabolisme », dans l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma, par Pedro Escudero. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, no 11, novembre 1930, p. 1097.

L'hyperglycémie sans glycosurie, ni acidose (*diabète occulte* de l'auteur) est une cause fréquente d'eczémas dont les caractéristiques essen-

ticlles sont la chronicité, la résistance aux traitements habituels et la guérison par le régime antidiabétique et l'insuline.

Une lipémie considérable associée à une perturbation légère du métabolisme glycosé (*diabète latent de l'auteur*) donne lieu à des eczémas qui guérissent par un régime peu chargé en graisses, réduit en hydrates de carbone et par l'insulinothérapie à doses élevées.

Les syndromes décrits par P. E. sous le nom de *diabète occulte* et de *diabète latent* ne représentent pas des degrés divers d'une même maladie, mais des affections distinctes. J. MARGAROT.

Considérations sur le mycosis fongoïde en Uruguay, par Bartolomé VIGNALE et Juan MALET. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, nº 11, novembre 1930, p. 1139, 8 fig.

Il n'y a dans l'Uruguay que 3 observations connues de mycosis fongoïde. Celle que l'auteur apporte est la première qui soit publiée.

Une minutieuse étude clinique et anatomo-pathologique est suivie d'un exposé des diverses théories pathogéniques qui ont été proposées. Malgré la formule sanguine et le diagnostic hématologique de leucémie monocytaire, les auteurs rangent avec Gaucher le mycosis fongoïde dans le cadre des tumeurs (sarcome à prédominance globo-cellulaire) et rejettent toute interprétation tendant à inclure le mycosis dans une forme évolutive leucémique.

J. MARGAROT.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la question de l'immunité de la syphilis, de la réinfection, de la superinfection, ainsi que des réindurations (Zur Frage der Syphilisimmunität, der Re-und Superinfektion sowie der Reinduration), par E. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, f. 1-2, décembre 1930, p. 1.

H. passe en revue ces différentes questions et leur donne les réponses que permettent aujourd'hui l'observation clinique et l'expérimentation. L'immunité naturelle ou résistance à la syphilis existe chez l'animal ; elle peut exister aussi chez l'homme, mais elle ne doit pas, pratiquement, entrer en ligne de compte. L'immunité acquise, au contraire, est certaine ; elle explique, par ses variations, l'allure clinique de la maladie chez l'homme. Après la guérison d'une première infection, il persiste une résistance à une nouvelle infection ; d'où la rareté des réinfections. Et ceci pose la question de la guérison de la syphilis, que H. considère comme certaine, surtout lorsque le traitement intensif est appliqué dans les périodes initiales de l'infection. Malgré les difficultés réelles du diagnostic, il est possible de distinguer, des superinfections et des chancres redux, les réinfections vraies : après une longue période (plusieurs années) dépourvue de symptômes, tant cliniques que sérologiques (sang et liquide), l'apparition d'un chancre avec spirochètes,

adénopathies et réactions liquidiennes négatives, on peut admettre la réinfection. Celle-ci est possible plusieurs fois. Les réinfections ne sont pas plus fréquentes après les traitements précoces intenses ; cette résistance aux nouvelles infections semble due à l'action de la chimiothérapie. Il convient d'admettre les réinfections sans symptômes cliniques. Dans la syphilis héréditaire, chez l'enfant, la superinfection est exceptionnelle ; chez l'adulte, elle est plus fréquente (syphilis binaire de l'adulte). Les faits nouveaux concernant l'immunité dans la syphilis ne modifient pas les conclusions pratiques : le traitement mixte intensif et précoce reste la meilleure règle et la meilleure protection.

L. Chatellier.

Sur le traitement général de l'eczéma (Ueber die Allgemeinbehandlung des Ekzems), par R. Rohrbach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, f. 1-2, décembre 1930, p. 14.

L'eczéma vrai, à séparer de l'eczématisation, est une maladie à rechutes, souvent rebelle à la thérapeutique. Hebra déjà indiquait les rapports qui devaient exister entre l'éruption et les altérations viscérales ou humorales profondes. Les travaux modernes ont-ils jeté quelque lumière sur cette question ?

Des procédés les plus divers ont été employés. La radiothérapie est parfois bienfaisante : ses rayons agissent comme stimulants et aussi localement ; on sait leur influence dans les neurodermites. Le système endocrinien intervient certainement dans la pathogénie de l'eczéma (thyroïde), comme le prouvent les résultats de l'opothérapie thyroïdienne. On connaît aujourd'hui l'importance des eczémas allergiques et leur traitement par la désensibilisation spécifique ou non spécifique. Les rapports de l'eczéma avec le métabolisme du sucre, des purines, de l'eau, avec la nutrition (rôle de l'alcalose ou de l'acidose) s'affirment chaque jour plus étroits. Mais à tous les problèmes ainsi posés, il n'est pas encore permis de donner une réponse satisfaisante.

L. Chatellier.

La résistance à la chaleur de quelques levures (Die Hitzresistenz einiger Hefen), par E. Kadisch. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, f. 1-2, décembre 1930, p. 48.

La résistance des levures étudiées — à l'exception de la levure de Benedek — est du même ordre que la résistance des autres dermatophytes. Les levures, les achorions, les trichophytons et les épidermophytons, n'ont pas une grande résistance à la chaleur sèche. En 10 minutes, à 60°, la stérilisation est à peu près certaine. La levure de Benedek résiste très bien à 70° : à une température insuffisante pour la tuer, elle est influencée dans sa vitesse de développement. Donc pour les levures, le blanchissage ménager est une désinfection thermique insuffisante.

L. Chatellier.

Influence du sérum des malades traités par la malaria sur la réaction à la luétine (Der Einfluss des Impfmalariaserums auf dem Ablauf der Luetinreaktion), par M. FELLNER. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, f. 1-2, décembre 1930, p. 41.

F. injecte dans le derme de sujets syphilitiques ou sains, 0 cc. 1 de luétine pure ou mélangée à parties égales (0 cc. 005) au sérum prélevé en plein accès de malaria inoculée. La luétine pure donne chez les syphilitiques 55 o/o de résultats positifs. Chez ces malades, le mélange sérum et luétine donne 70 o/o de réactions d'égale intensité ; dans 30 o/o, des réactions renforcées. Ce renforcement de la réaction est imputable soit à un enrichissement en procutine du sérum de malaria, soit à un accroissement de puissance de la procutine, grâce à l'affaiblissement ou à la suppression de l'anticutine du sérum par l'hyperthermie des accès. Le déploiement des propriétés de la procutine et de l'anticutine dépendent, comme le mode d'action de la luétine, d'un état d'immunité, des « propriétés réactionnelles cellulaires » de la peau.

L. CHATELLIER.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Recherches sur la désinfection des champignons (Achorion gypseum) (Desinfektionsversuche mit Pilzen) (Achorion gypseum), par E. KADISCH. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 49, 6 décembre 1930, p. 1771 (4 planches).

A faibles doses, les vapeurs de menthol, de thymol, de naphtaline, donnent une excitation à l'*Achorion gypseum*. A plus fortes doses, les vapeurs de thymol et de menthol entravent son développement, et après un temps suffisant, le tuent. La naphtaline ne fait que le ralentir, sans modifier l'aspect de la culture. L'eulan n'agit que faiblement. L'alcool à 70° est très actif. Pratiquement, on peut conseiller les vapeurs de thymol pendant une semaine sur les tissus : par exemple, un paquet de vêtements enfermé dans un seau bien fermé avec du thymol, ou bien l'immersion dans une solution alcoolique de thymol à 1 o/o, procédés qui n'altèrent pas les tissus.

CH. AUDRY.

Epidémiologie du Bouton d'Orient en Palestine (Zur Epidemiologie der Orientbeule in Palästina), par T. CANAAN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 49, 6 décembre 1930, p. 1779.

Le Bouton d'Orient qui, avant la guerre, passait pour cantonné dans la zone de Jéricho manifeste maintenant un nombre croissant de foyers d'infection (dissémination des mouches vectrices, infection de celles-ci).

CH. AUDRY.

Traitement combiné de la blennorragie par la trypaflavine et les sels d'argent (Die Kombinierte Trypaflavin-Silbersalzbehandlung der Gonorrhœ), par W. ENGELHARDT et K. GEMMER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 49, 6 décembre 1930, p. 1782.

Il n'y a pas lieu de recommander le traitement de la blennorragie par les dérivés acridiniques (Rivanol, trypaflavine) employés seuls par voie intraveineuse seule ou intraveineuse et locale ; les résultats en sont trop inconstants.

L'administration intraveineuse de la trypaflavine associée à des injections urétrales de sels d'argent donne de meilleurs résultats, abrège la durée de la maladie, prévient bien les complications et diminue le nombre des récidives.

Le traitement comporte 15 injections intraveineuses de trypaflavine et 3 injections quotidiennes d'un sel d'argent (albargine, protargol).

Ch. Audry.

Contribution à la connaissance des sarcoïdes (Beitrag zur Kenntnis der Hautsarkoide), par L. Puhr. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 50, 13 décembre 1930, p. 1815, 3 fig.

Pour P., les vraies sarcoïdes sont les sarcoïdes de Spiegler et Joseph, qui se séparent des tuberculides et des sarcomes. De l'étude histologique d'un cas, il conclut que les sarcoïdes de la peau sont des affections du système réticulo-endothélial ou histiocytaire, et non des tumeurs véritables. Avant tout, on pourrait les comparer aux lésions leucémiques.

Cette conception s'appuie : sur la morphologie des sarcoïdes (formations endothéliales, éléments histiocytaires, angiomatose partielle) ; sur les propriétés biologiques (évidente phagocytose du pigment sanguin) ; sur les caractères cliniques (éruption multiple, bénignité relative, régression spontanée) ; en enfin l'action thérapeutique (guérison par As, caractéristique des processus hyperplasiques du système hémato-poïétique).

L. Chatellier.

Rhinosclérome à Moscou (In Moskau beobachtete Rhinoskleromfälle), par A. Jordan. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 50, 13 décembre 1930, p. 1820, 3 fig.

2 cas de rhinosclérome ; un des malades est de Briansk ; l'autre a vécu en Ukraine. Ch. Audry.

Sur le traitement des ulcérations radiodermiques tardives (Zur Behandlung von Röntgenspätschäden der Haut), par E. Uhlmann. *Dermatologische Wochenschirft*, t. XCI, nº 50, 13 décembre 1930, p. 1825, 2 fig.

2 cas de radiodermite ulcéreuse ancienne guéris par une pommade au radium. Ch. Audry.

Kératose folliculaire et spinulosique d'origine salvarsanique ou arsenicale (Ueber Keratosis follicularis und spinulosa (Lichen spinulosus) nach Salvarsan-bzw. arsenverabreichung), par C. Bruhns. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 51, 20 décembre 1930, p. 1844, 3 fig.

Dans le premier et le troisième cas, il s'agit de syphilitiques traités par le néosalvarsan ; dans le second, il s'agissait d'une femme atteinte de lichen plan et qui avait reçu des injections d'arséniate de soude. Au microscope, follicules dilatés par des amas cornés ; peu ou pas de

parakératose. Poils et glandes sébacées étouffés plus ou moins complètement. Épiderme peu modifié. Infiltration inconstante. Stauffer a déjà signalé ces cas de *lichen spinulosus* d'origine salvarsanique.

CH. AUDRY.

Sur un endothéliome de la peau à début exanthématique (Ueber ein exanthematische auftretendes Endothelioma cutis), par H. KŒNIGSTEIN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 51, 20 décembre 1930, p. 1851.

Chez une jeune femme sans antécédents intéressants, apparaissent une tuméfaction du cou, suivie de douleurs gastriques et dorsales, puis d'une éruption qui se limite au visage, au tronc, à la face interne des cuisses, à la vulve. Elle est constituée de petites papules rouge-brun clair ou rouges, isolées ou groupées, de consistance dure. En 4 ans, l'éruption subit des poussées et des régressions. Au microscope, on trouve un infiltrat cellulaire dense dans le derme, dont les éléments volumineux sont souvent multinucléés, à protoplasma très colorable. L'infiltrat est traversé par des capillaires à endothélium tuméfié, à parois épaissies et souvent entourées de lymphocytes, de neutrophiles et d'éosinophiles. Les foyers jeunes sont riches en lymphocytes. K. attribue aux cellules de l'infiltrat une origine endothéliale.

L. CHATELLIER.

De l'emploi du spirocide dans le pemphigus vulgaire chronique et végétant, avec remarque sur la spirocidthérapie (Ueber die Verwendung der Spirozids beim Pemphigus vulgaris chronicus und vegetans nebst Bemerkungen zur Spirozid Thérapie), par OPPENHEIM. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 51, 20 décembre 1930, p. 1855.

Très bons résultats dans 3 cas nouveaux. Donner le spirocide (stovarsol), le plus tôt possible et longtemps : 2 ou 3 tablettes par jour pendant 3 jours ; puis 3 jours de repos, et recommencer. Doses employées : de 43 à 84 tablettes.

CH. AUDRY.

Sur les toxidermies et les allergodermies (Ueber Toxicodermien und Allergodermien), par A. PERUTZ. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 51, 20 décembre 1930, p. 1860.

Parmi les maladies professionnelles, un groupe important est formé par les maladies provoquées par les substances chimiques : ce sont les toxidermies. Il convient d'y joindre les allergodermies, en ayant soin toutefois de bien préciser les différences entre elles. Les toxidermies sont les dermatoses où l'action nocive est due aux propriétés physico-chimiques du corps incriminé ; les allergodermies sont les dermatoses dues à l'hypersensibilité du sujet, indépendantes de l'état physico-chimique de l'agent nocif. Les premières sont spécifiques et dépendent étroitement des caractères physiques, chimiques ou pharmacologiques du corps nocif ; les secondes revêtent l'apparence d'inflammations non spécifiques. Ainsi les ulcères par l'arsenic sont des toxidermies ; les dermites arsenicales, des allergodermies. Autre différence : les toxider-

mies sont indépendantes des dispositions individuelles, si importantes dans les allergodermies et alors en partie héréditaires.

Les allergodermies sont constituées par trois composantes : la rougeur locale, l'érythème réflexe et l'œdème, dues à des réactions vasculaires et nerveuses.

Enfin, les altérations qui accompagnent les allergodermies s'étendent à tout l'organisme, comme dans les autres maladies allergiques et contrairement à la localisation des toxidermies.

L. Chatellier.

Sur la biologie des papillomes de la peau et des muqueuses (Zur Biologie der Haut-und Schleimhautpapillome). par E. V. Ullmann. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCI, n° 51, 20 décembre 1930, p. 1864.

Verrues planes, condylomes acuminés et papillomes laryngés sont de même nature. A la bénignité des premiers, s'opposent la gravité et la malignité des papillomes laryngés dans certains cas. U. a réalisé l'inoculation à l'animal (chien) des papillomes laryngés et, par le filtrat de ces papillomes, il a déterminé l'apparition de verrues et de condylomes. Cliniquement, on a observé l'envahissement des voies respiratoires supérieures, non seulement de la muqueuse trachéale, mais encore des glandes et, enfin, de la peau. L'inoculation au chien est facilitée par les passages, qui exaltent la virulence du virus. L'immunité spontanée existe : U. n'a jamais réussi à s'inoculer et n'a jamais constaté chez lui-même ni verrues ni papillomes, malgré la fréquence des contaminations. L'auto-immunité ou l'immunité organique ne sont pas probables. Le papillome dur et la pachydermie appartiennent probablement au même virus, mais sa virulence est atténuée. U. a traité avec succès par un vaccin polyvalent quatre cas de papillomes laryngés.

L. Chatellier.

Sur le traitement du sycosis et remarque sur le cancer des paraffineurs (Zur Behandlung der Sykosis, nebst einer Bemerkung über der Paraffinkrebs), par R. Prosser White (traduit de l'anglais, par E. Levin). *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCI, n° 51, 20 décembre 1930, p. 1873.

Depuis 45 ans, W. traite le sycosis staphylococcique par l'alcool qui dessèche la peau, coagule l'albumine, empêche le développement des germes et pénètre dans les follicules. L'addition d'antiseptiques est facilitée par son pouvoir dissolvant. A 180 d'alcool, il ajoute 1,5 d'acide phénique et d'acide salicylique, et 3,75 de sulfate de K et de sulfate de Zn. Le traitement consiste à répéter dans la journée les applications et à supprimer le rasage. Il dispense de l'épilation et des vaccins.

Parmi les dermatoses professionnelles, le cancer des paraffineurs est particulièrement important. En 1929, en Angleterre, on a eu à déplorer 165 cas de cancer de cette origine, dont 50 morts. Depuis 1922, on compte 920 malades.

L. Chatellier.

Recherches sur le « dermographisme noir » (Untersuchungen über die « Schwartze Hautschrift »), par E. Hosp. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, nº 51, 27 décembre 1930, p. 1895.

On appelle « dermographisme noir » la traînée noire qui apparaît sur certaines peaux aux endroits frottés avec un métal. Décrit en 1925 par Emdin et Kusmenko, ce phénomène a été rattaché par eux à l'hystérie ; il est particulièrement net avec des peaux sèches ou enduites de graisse et de poudre. Hanck et Dielel, les premiers, l'ont étudié chimiquement et l'ont expliqué par le dépôt de très fines particules métalliques sur la peau. Le résultat de la friction était d'autant plus net que le métal était plus mou. L'oxyde de zinc, appliqué sur la peau sous n'importe quelle forme, était le meilleur moyen pour faire apparaître la peau noire. Toutefois, H. et D. séparaient les deux dermographismes. H. a repris l'étude du dermographisme noir en se servant de baguette de métal à bout mousse ; il a utilisé Ag, Cu, Zn, Pb purs. Avec le plomb seulement, il obtient le dermographisme noir, dû à de fines particules de métal qu'on peut distinguer à la loupe. La sécheresse de la peau et l'épaisseur de la couche cornée favorisent le phénomène. Parmi toutes les substances appliquées sur la peau, l'oxyde de zinc seul renforce la réaction noire, quel que soit l'état de santé du patient. Les poudres à l'exception de la farine de pommes de terre, de riz et de froment, du talc, donnent une raie noire, mais moins nette. Il s'agit d'un simple phénomène physique mécanique, sans intervention ni réaction de la peau. Seule, la poudre joue un rôle. Il n'y a donc pas dermographisme.

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Dermatoses dues aux Monilia et autres levures (Skin-diseases due to Monilia and other yeast-like fungi), par Mac Leod. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, nº 506, décembre 1930, p. 549, 8 fig.

M. L. étudie exclusivement les *Monilia* et la spore de Malassez. Il a trouvé des *monilia* et leur attribue un rôle pathogène dans les dermatoses suivantes : des périonyxis suppurées rebelles à évolution chronique, des onyxis avec ongles épais, opaques, striés irrégulièrement, friables et soulevés par une masse cornée, des dermatoses commissurales du type perlèche, des lésions vulvaires, anales, préputiales, en particulier chez les diabétiques et au cours de la grossesse. Les *monilia* affectent surtout les régions humides, grasses et chaudes : pli génito-crural, région anale, aisselles, pli sous-mammaire, espaces interdigitaux, etc.

Le Pityrosporon ou spore de Malassez paraît être l'agent du pityriasis simplex, du pityriasis stéatoïde, des dartres furfuracées, du pityriasis médio-thoracique circiné. D'une façon générale, il affecte de préférence les régions riches en glandes sébacées et sudoripares.

S. Fernet.

Le pouvoir pathogène des Monilia et des autres levures (The pathogenicity of Monilia and other yeast-like fungi), par Dowling. *The British Journal of Dermatology and Syphilis,* n° 506, décembre 1930, p. 562.

D. a étudié le pouvoir pathogène de quelques champignons inférieurs par l'inoculation à l'homme et à des animaux. Chez l'homme, l'inoculation de la spore de Malassez détermine des lésions papulo-squameuses qui peuvent se généraliser en particulier sur les sujets séborrhéiques. L'action pathogène de la spore de Malassez est en général faible et paraît dépendre autant du terrain que de sa virulence propre. Elle acquiert, en particulier, de la virulence à l'état parasitaire ; c'est en faisant la transplantation du champignon fraîchement prélevé sur des lésions, que l'on obtient les lésions d'inoculation les plus rapides et les plus actives. Quatre espèces de *monilia* ont été pathogènes pour les animaux : lapins, rats, cobayes. Quelle que soit la voie d'introduction, les champignons se développent en parasites dans l'organisme animal déterminant des néphrites et formant des nodules blanchâtres sur les viscères et les séreuses. Mais, en général, les levures paraissent passer difficilement de l'état saprophytique à l'état virulent : il leur faut des conditions spéciales de température et d'humidité.

S. Fernet.

Quelques remarques sur l'infection de la peau par les Monilia et d'autres levures (Some remarks on infections of the skin by Monilia and other yeast-like organisms), par Bruno Bloch. *The British Journal of Dermatology and Syphilis,* n° 506, décembre 1930, p. 569.

Deux difficultés rendent le problème des épidermo-mycoses à levures très complexe : l'incertitude dans la classification et la nomenclature des champignons inférieurs et le fait qu'ils peuvent vivre en saprophytes sur des sujets normaux.

B. B. a ensemencé les produits de râclage de différentes régions du corps de 24 sujets sains : 22 d'entre eux ont fourni des cultures positives sur gélose glucosée (57 o/o) ou sur carotte (72 o/o).

7 cultures furent obtenues avec le produit du râclage du cuir chevelu, 12 avec des squames du pli sous-mammaire, 11 avec des squames de la région inguinale, 14 avec celles des espaces interdigitaux, etc. Des résultats sensiblement analogues ont été obtenus par l'ensemencement des squames prélevées sur des sujets porteurs d'eczéma ou d'autres dermatoses.

Au total sur 59 sujets, 48 (81 o/o) ont fourni des cultures positives ; le pli sous-mammaire et la région inguinale ont été les régions les plus fréquemment habitées.

L'aspect macro- et microscopique de ces cultures correspondait à celles qui sont décrites comme Monilia, Oïdium ou Pityrosporon.

Il faut donc étudier et connaître la flore saprophyte de la peau avant de lui attribuer un rôle pathogène. Il n'est pas invraisemblable que cette flore, habituellement saprophyte, devienne, dans certaines con-

ditions, cause de dermatoses bien définies. Mais pour éviter de fausses interprétations des faits, il faudrait d'abord connaître les groupes botaniques auxquels appartiennent les champignons saprophytes, étudier leurs propriétés et leur fréquence. S. FERNET.

Lichen verruqueux unilatéral aigu (Acute unilateral lichen verrucosus), par MUMFORD. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, n° 506, décembre 1930, p. 576.

Observation d'un lichen plan et verruqueux zoniforme à évolution exceptionnellement rapide. En trois semaines, tout un côté du corps fut couvert de papules planes et de lésions verruqueuses ; quatre mois après le début, toutes les lésions avaient disparu ne laissant qu'une faible pigmentation. S. FERNET.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Conception et formes cliniques de l'angiomatose (Ueber Begriff und Krankheitsbilder der Angiomatosis), par K. ULLMANN. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 43e année, n° 50, 11 décembre 1930, p. 1538.

Intéressante revue générale consacrée par U. à l'affection qu'il a décrite en 1900 sous le nom d'angiomatose. Elle est caractérisée par l'apparition progressive de tumeurs angiomateuses cutanées, par une évolution lente marquée d'hémorragies, et aboutissant enfin à la mort par anémie. A l'autopsie, on constate des angiomes, parfois volumineux dans les viscères. U. retrace l'historique de la maladie et lui rattache la maladie de Osler et nombre de cas anciens et récents, rangés parmi les affections du système hématopoïétique. Les localisations des angiomes sont des plus variées (nez, bouche, peau, foie, rein, système nerveux, œil, os). Il s'agit là d'une maladie héréditaire, de caractère dominant et indépendant du sexe. Histologiquement, on constate une multiplication et une augmentation de volume des noyaux conjonctifs, de nombreux vaisseaux et bourgeons vasculaires, des fentes munies ou non d'un endothélium et contenant parfois des globules rouges. Le traumatisme joue quelquefois un rôle déterminant dans l'apparition et le développement de l'angiomatose, que U. distingue de la dysplasie veineuse de Curtius. L. CHATELLIER.

Brasil Medico (Rio-de-Janeiro).

Un cas anormal de transmission de syphilis héréditaire (Un caso anormalo de transmissao de syphilis hereditaria), par Henrique de Moura COSTA. *Brasil Medico*, 44e année, n° 33, 16 août 1930, p. 904.

Une femme de 25 ans présente un chancre 10 jours avant d'accoucher.

Elle donne le jour à un enfant qui est examiné un mois après sa naissance.

A ce moment, la mère présente sur le mamelon gauche un chancre papuleux exulcéré, des syphilides lenticulaires généralisées, des plaques muqueuse, une alopécie en clairières et une adénopathie. Elle accuse de la céphalée.

Le jeune malade a l'aspect d'un petit vieux. Il crie et s'agite la nuit. Il est porteur de syphilides papulo-érosives du menton, du pourtour des lèvres et du scrotum. On trouve une orchite double, une adénopathie inguinale et cervicale. Bientôt apparaissent une diarrhée et des vomissements striés de sang. La mort survient quelques jours après.

On doit admettre chez cet enfant l'existence d'une syphilis sanguine d'emblée, transmise par la circulation placentaire avant la naissance.

Ce fait contredit l'opinion des classiques, celle de Gaucher en particulier, d'après lequel la transmission au fœtus d'une syphilis acquise au cours de la grossesse est exceptionnelle après le septième mois. Il cadre parfaitement avec la notion actuellement bien établie de la dissémination précoce du tréponème dans l'organisme et de sa fixation sur l'apareil ganglionnaire, la rate, la moelle osseuse et le testicule, peu de jours après l'inoculation, avant même l'apparition du chancre.

J. Margarot.

São Paulo Medico.

Autour de la malariathérapie (Em torno da malariotherapia), par A. C. Pacheco et Silva. *São Paulo Medico*, 11e année, n° 5, septembre 1930, p. 263.

Deux ans d'observations permettent à l'auteur de confirmer ses premières conclusions relatives à la valeur de la malariathérapie.

Il estime qu'elle reste le moyen le plus puissant dont on dispose pour combattre la paralysie générale. Il n'y a aucun danger d'une dissémination de l'infection, étant donné que le paludisme inoculé ne se transmet pas par les anophèles. Depuis la mise en œuvre de cette méthode, la mortalité des paralytiques a sensiblement diminué. Les rémissions complètes sont relativement rares dans les asiles, où les malades sont entrés à un stade relativement avancé de leur affection. Cependant plus de 50 o/o d'entre eux se trouvent améliorés après le traitement.

En dehors de la paralysie générale, les résultats sont plus incertains et, malgré quelques bons résultats obtenus dans des cas de tabès ou d'atrophie optique d'origine syphilitique, on ne peut pas avoir encore une opinion définitive sur la valeur de la malariathérapie dans le traitement de ces dernières affections.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

L'allergie cutanée en vénéréologie. Sa vérification. Son interprétation et sa valeur diagnostique (Premier mémoire) (La alergia cutanea en Venereologia. Su comprobacion. Interpretation y valor diagnostico) (Primor memoria), par Eduardo de Gregorio et Garcia Serrano. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia,* 6e année, n° 62, novembre 1930, p. 67.

G. envisage les réactions allergiques de la peau dans certaines affections comme le chancre mou, la blennorragie et la lymphogranulomatose inguinale subaiguë.

Il étudie d'abord l'intradermo-réaction de Ito-Reenstierna, qu'il a pratiquée en utilisant comme antigène le vaccin antistreptobacillaire de Nicolle et Durand.

Ses recherches portent sur 50 cas qui se répartissent en 27 chancres simples, 2 chancres phagédéniques, 20 chancres avec des bubons à divers stades de leur évolution et 1 chancre mixte. La réaction s'est toujours montrée plus intense dans les chancres compliqués d'adénopathie. Dans 2 cas, le résultat a été douteux et, dans un autre, négatif. 13 malades ont présenté des réactions très faibles. Dans plusieurs cas, l'auteur a pu contrôler la désensibilisation du malade en répétant les injections jusqu'à ce que devienne négative une réaction très positive au début.

L'étude de la durée de l'allergie cutanée donne des résultats comparables à ceux qui ont été obtenus par les différents auteurs. C'est ainsi qu'un malade ayant eu, 16 ans auparavant, un chancre suivi d'une adénopathie suppurée, présente une intradermo-réaction positive.

G. conclut que l'intradermo-réaction de Ito Reenstierna doit être considérée comme une réaction spécifique du chancre mou, démontrant qu'il ne s'agit pas d'une affection purement locale. L'hypersensibilité de l'organisme vis-à-vis du bacille de Ducrey, établie d'autre part par la méthode de déviation du complément, fait de la chancrelle une véritable maladie générale. J. Margarot.

Maladie de Raynaud et érythème pernio (Enfermedad de Raynaud y eritema pernio), par Tolosa Colomer. *Société de Psychiatrie et Neurologie de Barcelone Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 62, novembre 1930, p. 85.

L'auteur apporte une observation dans laquelle il existe à la fois des symptômes appartenant à la maladie de Raynaud et à l'érythème pernio.

L'aspect des doigts et les lésions trophiques présentent les caractéristiques des engelures graves. Les syncopes locales et la symétrie des troubles trophiques sont en faveur de la maladie de Raynaud. La capillaroscopie, montrant des ectasies énormes, ne permet pas de repousser le diagnostic d'érythème pernio. L'évolution ultérieure peut seule préciser le diagnostic, car l'auteur n'est pas disposé à admettre les idées

de Legroux pour qui l'érythème pernio, l'asphyxie locale et la gangrène symétrique représentent des degrés divers d'une même maladie : la dystrophie nécropathique.

Il fait remarquer que l'érythème pernio est beaucoup plus fréquent que la maladie de Raynaud, qu'il est souvent asymétrique, se développe progressivement et dépend de la température ambiante beaucoup plus que cette dernière affection. J. MARGAROT.

Réaction d'Herxheimer méningée (Note clinique) (Reaccion de Herxheimer meningea) (Nota clinica), par CARO-PATON. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 62, novembre 1930, p. 99.

Une malade vient consulter pour une éruption prurigineuse à type d'érythème polymorphe. Son mari est syphilitique. On trouve chez elle une réaction sérologique positive.

Elle présente, après une seconde injection de néosalvarsan, une fièvre intense, des vomissements, une violente céphalée qui va en augmentant progressivement jusqu'au cinquième jour. A ce moment apparaissent un érythème généralisé prurigineux, une paralysie faciale droite et une surdité surtout marquée du côté droit.

Il s'agit de la réactivation d'une méningite syphilitique absolument latente, puisque jamais la malade n'avait accusé la moindre douleur de tête. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Etudes chimio-thérapeutiques de la pénétration des composés organiques de l'arsenic dans le système nerveux (Chemiotherapeutic studies concerning the penetration of organic compounds of arsenic into the cerebrospinal system), par RAIZISS et SEVERAC. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXII, n° 6, décembre 1930, p. 1031.

Aucun procédé chimique n'est suffisamment sensible pour déceler les quantités minimes d'arsenic qui pénètrent dans le système nerveux après une injection intraveineuse.

R. et S. ont donc eu recours à un procédé biologique : ils injectent dans l'espace sous-arachnoïdien de lapins des émulsions de trypanosomes ou de tréponèmes ; deux heures après, ils pratiquent une injection intraveineuse du produit étudié ; 24 heures après, le liquide céphalo-rachidien est examiné microscopiquement ; s'il ne contient pas de tréponèmes, il est inoculé à des animaux sains.

Seuls les composés d'arsenic pentavalent ont été étudiés par ce procédé, car il a été démontré précédemment que les composés de l'arsenic trivalent donnent des solutions colloïdales qui traversent plus difficilement les membranes animales.

Cette étude, présentée surtout comme exposé d'une méthode et non comme une étude concluante, a montré que l'injection intraveineuse d'acide arsalinique (dont le sel sodique est l'atoxyl) à la dose de 0 gr. 05

par kilo de poids et celle de tryparsamide à la dose de o gr. 150 par kilo détruisent les trypanosomes introduits dans le liquide céphalo-rachidien.

La tryparsamide, même à doses plus élevées, a cependant été insuffisante pour détruire les tréponèmes dans les mêmes conditions ; les animaux qui ont servi à ces expériences ont présenté ultérieurement des signes de généralisation de la syphilis. C'est l'acétarson, à raison de 100 milligrammes par kilo de poids, qui s'est montré le plus actif contre le tréponème du système nerveux. Ce sel mériterait donc d'être étudié en vue de son utilisation possible dans la neuro-syphilis.

Il faut noter, au sujet de cette étude, que les tréponèmes injectés directement dans le liquide céphalo-rachidien des lapins disparaissent rapidement et que déjà 24 heures après l'inoculation, on ne peut en déceler au microscope. L'infection se généralise néanmoins et ne tarde pas à se manifester par des lésions scrotales, testiculaires, ganglionnaires, etc. Si à ce moment on sacrifie l'animal et que l'on inocule à un lapin sain une émulsion du cerveau, de la moelle et du liquide céphalo-rachidien, l'inoculation reste négative. Il faut donc savoir pour les études de ce genre que les tréponèmes ne se fixent pas dans le système nerveux du lapin, qu'ils le quittent rapidement et que par conséquent, les inoculations du liquide à des animaux sains n'ont de valeur que si elles ont été pratiquées peu de temps après l'introduction des tréponèmes dans le canal rachidien. S. Fernet.

Kératoses séniles et verrues séborrhéiques (Senile keratoses and seberrheic keratosis), par Eller et Ryan. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol XXII, n° 6, décembre 1930, p. 1042, 13 fig.

Étude du diagnostic différentiel clinique et histologique des kératoses séniles et des verrues séborrhéiques. La transformation maligne des kératoses séniles est fréquente et donne toujours des épithéliomas spino-cellulaires ; l'évolution maligne des verrues séborrhéiques est très rare et donne des épithéliomas baso-cellulaires.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Un réactif pour déceler les champignons dans les squames et les cheveux (A reagent for demonstrating fungi in skin scrapings and hair), par Cornblett. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCV, n° 23, 6 décembre 1930, p. 1743.

La solution de potasse dont on se sert couramment pour l'examen extemporané des poils et des squames a l'inconvénient de former des savons avec les graisses et des carbonates insolubles avec l'anhydride carbonique ; savons et carbonates troublent l'aspect de l'objet examiné et peuvent causer des erreurs d'interprétation.

C. propose de remplacer la potasse par le sulfite de soude. On mélange

parties égales d'une solution concentrée de sulfite de soude et d'alcool à 95° ; il se forme un précipité qu'on redissout en ajoutant de l'eau goutte à goutte. Les flacons contenant cette solution doivent être scellés à la paraffine.

Pour l'examen, on laisse ce liquide s'infiltrer entre la lame et la lamelle où se trouve le poil, on laisse agir pendant 10-15 minutes ; à ce moment les spores et les mycéliums ont acquis une réfringence bleu verdâtre et apparaissent avec netteté.

S. FERNET.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

La transformation granuleuse du tréponème pâle dans les lésions aortiques en foyers (The granular transformation of spirocheta pallida in aortic focal lesions), par WARTHIN et OLSEN. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 4, octobre 1930, p. 432, 11 fig.

W. et O., spécialisés dans l'étude histologique de l'aorte au cours de la syphilis et auteurs d'une technique perfectionnée de coloration argentique des tréponèmes, décrivent une transformation particulière que subissent les tréponèmes dans certaines lésions nécrotiques miliaires localisées des parois aortiques.

Ces lésions ont été constatées sur des sujets morts au cours de syphilis latentes ; elles sont constituées par de petits foyers nécrotiques de quelques millimètres de diamètre et de 1/10 à 1/2 millimètre de profondeur, à peine perceptibles à l'œil nu, ronds ou ovalaires, siégeant le plus souvent dans la portion ascendante ou horizontale de la crosse et intéressant surtout la tunique moyenne de la paroi.

Ces petits foyers nécrotiques, à la périphérie desquels on constate l'infiltration péri-vasculaire caractéristique de lympho- et de plasmocytes, ne semblent pas être des infarctus consécutifs au bloquage des vasa-vasorum, malgré l'oblitération partielle et l'épaississement de ceux-ci, mais plutôt des gommes miliaires évoluant vers la caséification suivie de cicatrisation.

Grâce aux colorations argentiques, W. et O. ont toujours trouvé des tréponèmes en bordure de ces lésions. Mais, à côté des formes typiques, il existe, en se dirigeant vers le centre des lésions, des formes atypiques paraissant représenter des stades successifs d'une transformation, dont l'aboutissant est un petit grain s'imprégnant encore d'argent. On voit, sur les microphotographies et les schémas, des spirochètes renflés à un ou aux deux bouts, incurvés en fer à cheval ou en cercle et contractés en granules de plus en plus petits.

W. et O. ont vu ces mêmes transformations des spirochètes dans les reins des syphilitiques ; ils ne peuvent encore se prononcer sur leur signification et notamment s'il s'agit d'un cycle évolutif ou involutif.

S. FERNET.

Etude des résultats obtenus dans une clinique antisyphilitique par un « service de suite » contre l'abandon du traitement par les malades (A study based on personal follow up results in a syphilis clinic of the patient's reasons for lapse in treatment), par PUGH, STOKES, BROWN et CARNELL. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 4, octobre 1930, p. 438.

On a créé sous le nom de « follow up » un « service de suite », distinct du service social, destiné spécialement à suivre et à ramener les malades qui, pour des raisons diverses, ont abandonné le traitement au dispensaire antisyphilitique. Grâce à ce service, dont le rôle commence dès la mise en traitement des malades, 30 o/o des malades perdus ont pu être ramenés. Ce service étudie les causes de l'abandon du traitement et donne des indications sur les moyens d'y remédier.

S. FERNET.

Un cas de collapsus aigu consécutif à une injection d'arsphénamine (Acute arsphenamine collapse; report of case), par BUSMAN et WOODBURNE. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 4, octobre 1930, p. 477.

On a injecté par erreur 0 gr. 40 d'arsphénamine (ancien salvarsan) sans être neutralisé ni même bien dissous. L'état de la malade fut alarmant pendant quelques jours : dyspnée, cyanose, coma, fièvre, mais elle put être sauvée. B. et W. attribuent cette guérison inespérée à l'action des injections intraveineuses quotidiennes d'hyposulfite de soude et aussi à celle d'adrénaline. S. FERNET.

Essai de transmission passive de l'hypersensibilité à l'arsphénamine (An attempt to demonstrate the passive transfer of arsphenamine hypersensitiveness), par TEMPLETON et SKILLING. *The American Journal of Syphilis*, vol. XIV, n° 4, octobre 1930, p. 487.

T. et S. ont tenté sans succès de reproduire le phénomène de Prausnitz-Kustner sur des cobayes ou sur des hommes en leur injectant dans la peau du sérum de malades atteints d'érythrodermie arsénobenzolique. Les injections intraveineuses d'arsphénamine faites ultérieurement à ces sujets n'ont donné lieu à aucune réaction au point injecté.

S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Quelques observations de traitement bismuthique de lupus érythémateux (Some observations of the bismuth treatment of lupus erythematosus), par BARBAGLIA. *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXIV, n° 12, décembre 1930, p. 815.

Encouragé par les résultats publiés en France, B. a traité et guéri quatre lupus érythémateux par des injections de bismuth. Un seul de ces malades avait eu la syphilis ; deux étaient nettement tuberculeux. Sans préjuger de la nature du lupus érythémateux et du rôle que peut jouer le terrain syphilitique, B. reconnaît au bismuth une efficacité indéniable dans cette affection. L'action du bismuth est tantôt rapide,

tantôt lente et même tardive, se manifestant quelquefois seulement après la cessation du traitement. Le traitement bismuthique doit être tenté dans tout lupus érythémateux quels que soient les antécédents du malade. S. FERNET.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Sur la formule leucocytaire chez les lépreux coréens (Ueber das Leukocytenbild bei leprösen Koreenern), par S. SAKURAI. *Acta Dermatologica*, t. XVI, fasc. 4, octobre 1930 (D'après le résumé en allemand).

S. a étudié la formule leucocytaire chez 35 Coréens non lépreux et chez 69 lépreux. D'une manière générale, les maladies parasitaires sont si fréquentes chez les Coréens qu'ils présentent souvent une déviation de la formule leucocytaire, et particulièrement de l'éosinophilie. Dans certains cas de lèpre, les neutrophiles sont diminués, et les lymphocytes augmentés. C'est surtout dans la lèpre maculeuse, puis dans la lèpre nerveuse que les lymphocytes sont multipliés. Plus souvent, dans la lèpre tubéreuse et dans la lèpre totale (mixte) les grands mononucléaires et leurs formes de transition sont augmentés. Rien d'anormal dans les rapports des leucocytes basophiles. CH. AUDRY.

Leuconychie (Leukonychie), par T. MUKAI. *Acta Dermatologica*, t. XVI, fasc. 4, p. 337 (Résumé en allemand. Bibliographie étendue).

Un tailleur de 19 ans présente depuis 10 mois une leuconychie striée étendue à tous les doigts, sauf aux auriculaires et sans cause connue. La surface onguéale présente 2 ou 3 stries blanches et quelques points dont la réunion constitue la strie. Un second cas, chez une femme de 26 ans, chez laquelle l'influence menstruelle peut être invoquée. La leuconychie est très rare au Japon. CH. AUDRY.

Etude microscopique du liquide prostatique obtenu par le massage dans les blennorragies chroniques avec prostatite, par Z. OHYA. *Acta Dermatologica*, t. XVI, fasc. 5, novembre 1930, p. 478, 14 fig. (Résumé en français).

O. commence par rappeler les recherches antérieures sur le liquide prostatique normal, sa sécrétion, son importance, etc., puis il indique sa technique (Giemsa, May-Grünwald, Michælis et Wolff). Apparition de leucocytes mono- et polynucléaires dont le nombre est en rapport avec le degré d'inflammation. C'est surtout pendant la période chronique que les éosinophiles se multiplient et disparaissent avec la guérison. Il y a des mastzellen, des cellules épithéliales rondes ou polygonales, des gonocoques intra ou extra-cellulaires particulièrement nombreux et bien caractérisés, des érythrocytes, etc.

Les graisses de lécithine sont phagocytées dans le protoplasma et le noyau des leucocytes ; la phagocytose est d'autant plus énergique que les polynucléaires sont plus abondants.

CH. AUDRY.

Sur le sucre du sang dans les dermatoses (Ueber Blutzucker bei Hautkrankeiten), par S. Fujino. *Acta Dermatologica*, t. XVI, fasc. 6, décembre 1930, p. 552.

F. a étudié la glycémie sur 87 malades atteints de dermatoses variées (vitiligo, acné, sycosis, psoriasis, parapsoriasis, etc.). Dans 37 o/o des cas, il a constaté un degré variable d'hyperglycémie. L'ingestion de 100 grammes de sucre a déterminé une hyperglycémie durable chez 47 o/o des sujets. L'injection d'adrénaline en a provoqué dans 51 o/o des malades. De ces recherches et de celles d'autres auteurs, S. conclut que dans des dermatoses variées, il existe un trouble du métabolisme hydrocarboné qui peut engendrer une hyperglycémie pathologique.

Ch. Audry.

Angiomyofibrome caverneux sous-cutané (Angiomyofibroma cavernosum subcutanum), par H. Sawada. *Acta Dermatologica*, t. XVI, fasc. 6, décembre 1930, p. 575, 5 fig.

Les léiomyomes de la peau ne sont pas très rares. Souvent dans les angiomes, on trouve de l'hyperplasie musculaire. Un homme de 48 ans présente depuis 15 ans une petite tumeur sous-cutanée, d'abord très petite, qui a acquis le volume d'un œuf de moineau, sur le côté interne de la première phalange du médius gauche. La tumeur, longtemps indolente, s'accompagne depuis peu de douleurs névralgiques du bout du doigt. La peau de recouvrement est saine, la tumeur est hémisphérique, bien circonscrite, élastique, non adhérente, incompressible, manifestement sous-cutanée, presque réniforme. Au microscope, développement anormal de tissu conjonctif et de tissu musculaire lisse, avec de nombreux vaisseaux sanguins à parois plus ou moins modifiées et un réseau caverneux. Il s'agit d'un angiomyofibrome caverneux, tel qu'il a été décrit par Sobotka, par Key, par Migliorini.

Ch. Audry.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

Des lésions histologiques de la peau et du tissu sous-cutané chez les nourrissons athrepsiques, par Straszynsky. *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, no 4, 1930, p. 499, 14 fig.

L'étude anatomo-pathologique détaillée de la peau des nourrissons athrepsiques n'a pas été faite jusqu'à présent. S. a fait une série d'examens histo-pathologiques sur 14 cas d'athrepsie du nouveau-né. Il les résume de la façon suivante :

On trouve dans l'épiderme un épaississement et un relâchement de la couche cornée, un plissement et un amincissement de toutes les couches du corps muqueux.

Le derme est aminci ; les fibres collagènes présentent une disposition fasciculée serrée ; il y a une augmentation apparente du nombre des noyaux par suite de la condensation du collagène par perte d'eau.

Les lésions les plus caractéristiques sont constatées dans le tissu sous-cutané : aux lieu et place du pannicule adipeux, on trouve une série de formations lobulaires constituées par un réseau de capillaires et de nombreux noyaux au milieu desquels le Soudan III met en évidence de rares gouttelettes de graisse.

Si l'on examine de plus près la structure fondamentale de ces lobules adipeux atrophiés, on constate que leur stroma est formé par un tissu analogue au tissu réticulaire de soutien de la rate, des ganglions lymphatiques et de la moelle osseuse. Dans les mailles de ce stroma réticulaire, on trouve des cellules ramifiées, d'aspect étoilé, dont le protoplasma est spongieux et les noyaux volumineux et ovalaires. Ces cellules sont anastomosées par des prolongements protoplasmiques.

En se basant sur ces caractères, S. considère les lobules adipeux des athrepsiques comme des organes réticulo-endothéliaux destinés au métabolisme des graisses ; il pense que, dans les états de dénutrition du nouveau-né, ces organes perdent leurs dépôts graisseux et dévoilent alors leur structure réticulaire caractéristique qui est identique à celle des bourgeons du tissu adipeux embryonnaire. Au fur et à mesure de la disparition des bulles de graisse, il se produit une réaction de défense du tissu mésenchymateux sous forme d'une prolifération d'éléments réticulo-endothéliaux. S. FERNET.

De la forme aiguë douloureuse de la tuberculose sous-cutanée indurée disséminée, par MERENLENDER *Przeglad Dermatologiczny*, t. XXV, n° 4, 1930.

M. fait la critique du terme « sarcoïde » et réunit sous le nom de tuberculose sous-cutanée indurée tout un groupe de sarcoïdes hypodermiques y compris l'érythème induré de Bazin.

Les observations qu'il cite se rapprochent le plus des sarcoïdes noueuses disséminées. Mais il s'agit d'une forme atypique aiguë, débutant brusquement, évoluant par poussées successives accompagnées de fièvre et s'accompagnant de phénomènes douloureux très prononcés. Les trois malades décrits présentaient des signes de tuberculose viscérale.

S. FERNET.

Mesures thermo-électriques comparées de la température cutanée normale et de ses variations dans quelques cas pathologiques, par MIENICKI. *Przeglad Dermatologiczny*, t XXV, n° 4, 1930, p. 588.

Les mesures étaient faites suivant la méthode de Benedict (*Archiv. für Physiol.*, vol. 88, 1921) avec un appareil électrique mettant à profit les phénomènes causés par le contact de la peau avec une soudure spéciale nommée « soudure cutanée ». Chez les sujets sains, la température de la peau en des points symétriques du corps ne varie que de 0,5 à 2° C. Il y a un abaissement local de la température dans les kystes dermoïdes, les lipomes, les lupus, les sclérodermies ; une élévation sur les nævi vasculaires et pigmentaires. Le psoriasis et le

pityriasis rosé de Gibert ne s'accompagnent d'aucune modification de la température locale. S. FERNET.

Roussky Vestnik Dermatologuii (Moscou)

Un cas d'association simultanée de syphilis nerveuse, cutanée et testiculaire chez le même sujet, par I. S. BOUBERMANN. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 9, novembre 1930, pp. 751-754.

L'observation de l'auteur concerne un malade de 38 ans issu d'une famille saine, de nationalité juive, cardeur de laine de brebis. A l'âge de 25 ans, chancre induré de la verge, avec Bordet-Wassermann positif. Le malade a été traité par 30 injections intrafessières quotidiennes et 30 injections faites tous les deux jours, ces 2 séries ayant été pratiquées sans interruption. Depuis lors, aucun traitement. Marié à l'âge de 30 ans, le malade a 2 enfants bien portants en apparence. Sa femme n'a jamais eu rien de suspect, ni fausses couches, ni accouchement prématuré. A 35 ans, 10 ans après l'infection syphilitique, le malade remarque une augmentation du testicule droit qu'un chirurgien traite par des ponctions mensuelles donnant issue chaque fois à un demi-verre de liquide transparent. Au bout d'un an, c'est le testicule gauche qui augmente et durant 1 an 1/2, le malade se fait régulièrement vider son « double hydrocèle ». Après cela, on l'opère pour son « hydrocèle » et les testicules reprennent le volume normal, quoique le testicule droit reste plus grand que le gauche. Au bout d'un mois après l'opération, le testicule droit se remet à grossir, mais la ponction ne donne issue à aucun liquide. Les chirurgiens proposent une castration, mais conseillent d'attendre la guérison des ulcérations cutanées qui se sont montrées quelque temps auparavant.

L'auteur a trouvé chez le malade une inégalité pupillaire, une absence des réactions du côté des pupilles, une absence des réflexes rotuliens, un Romberg, une parésie faciale légère, une légère hypoesthésie des faces externes des jambes et un Bordet-Wassermann positif dans le sang. Aux aînes et à la fesse droite on trouve une syphilide ulcéro-gommeuse. La moitié droite des bourses contient une tumeur ronde, dure, indolore, du volume d'une tête de nouveau-né. Le testicule gauche est normal. Le cordon spermatique droit est dur et indolore.

L'auteur attire l'attention sur l'erreur des chirurgiens qui, durant 3 ans, n'ont pas songé à la syphilis et se préparaient à entreprendre l'extirpation du testicule, au lieu de s'adresser à un syphilologue pour traitement approprié et précoce. Il insiste sur la nécessité d'un examen régulier et systématique des testicules chez tous les syphilitiques afin de découvrir le sarcocèle spécifique dont le début est insidieux et qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense et décrit.

BERMANN.

Contribution à l'étude de la chondrodermatite nodulaire chronique de l'hélix ou nodule douloureux du pavillon de l'oreille, par A. P. Jordan. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 802-803.

Se basant sur un bref aperçu bibliographique, l'auteur constate que des nombreuses appellations proposées c'est l'appellation française qui convient le mieux. L'histologie prouve que le cartilage n'est pas toujours atteint, c'est pourquoi le terme de chondrodermatite nodulaire chronique proposé par l'école allemande n'est pas valable pour tous les cas décrits, tandis que celui du « nodule douloureux de l'oreille » proposé par l'école française convient parfaitement à tous les cas.

En plus des 54 cas décrits par d'autres, l'auteur rapporte 4 cas personnels observés chez un étudiant de 25 ans, un boucher de 30 ans, un employé des postes de 28 ans et un médecin de 56 ans. Le nodule de l'oreille était le plus souvent unique, rarement multiple, étant dans ce dernier cas symétrique aux deux oreilles, à leur bord externe et supérieur. Chez l'étudiant, le nodule était localisé non pas à l'hélix, mais à l'anthélix. Les douleurs s'exaspèrent en automne, ce qui explique que les malades s'adressent le plus souvent au médecin en cette saison. Les cas de l'auteur se distinguent par le jeune âge des malades, du moins les 3 premiers cas. La biopsie n'a malheureusement pas été pratiquée. Quant à l'étiologie qui reste encore peu claire, J. croit au rapport de la maladie avec l'action du froid, aux engelures. Dans un des cas, le radium a fourni un très bon effet curatif.

Bermann.

Sur un cas de blastomycose d'une durée de 17 ans guéri par la levure de bière, par W. J. Mrongovius et M. S. Bachkévitch. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 804-817.

Dans l'observation personnelle des auteurs, il s'agit d'une jeune fille blanc-russienne, âgée de 19 ans, souffrant d'une dermatomycose depuis l'âge de 2 ans. A cette date, l'affection a débuté par des taches érythémateuses de grandeur variée disséminées sur tout le corps et accompagnées de fièvre et de troubles gastro-intestinaux. Ces taches ont guéri en 2 semaines avec une pommade, mais à l'aîne droite a persisté une tache rouge couverte de croûtes jaunes. Pas de troubles subjectifs. Les traitements appliqués demeuraient sans succès, la tache grandissait et de la dimension d'une pièce de 5 francs est devenue telle qu'elle a occupé toute l'aîne. Peu à peu la dermatose s'est généralisée.

Rien de particulier dans les antécédents héréditaires et personnels. Réactions de Bordet-Wassermann, Sachs-Georgi, Mantoux et Pirquet négatives. Les réflexes cornéen et glottique sont affaiblis. Dermographisme rouge, durable.

La dermatose est localisée surtout à la moitié droite du corps, sans atteinte des muqueuses. Elle se présente sous forme de plaques de diverses dimensions, de couleur rouge-brun, couvertes des croûtes adhérentes ; les limites des foyers sont nettes, le prurit manque. Les che-

veux sont rares, les ongles ternes et friables. Les membres supérieur et inférieur droits sont hypotrophiés en comparaison avec ceux du côté gauche « sain ». La malade a des fréquents accès d'entérite avec diarrhée, fièvre et faiblesse générale.

Tous les traitements appliqués externes, internes, radiothérapie, n'ont pas amélioré la malade. Les recherches bactériologiques ont prouvé l'existence d'un champignon spécial du groupe *Monilia*. La malade allait en dépérissant, lorsqu'on lui a commencé le traitement par la levure de bière qu'on employait à l'intérieur et en enveloppements, en en imbibant les draps du lit. La malade était presque remise, lorsqu'à cause du manque de levure de bière, elle a récidivé. Finalement la malade a été complètement guérie.

Les auteurs concluent à une mycose cutanée, du genre blastomycose, le champignon ayant frappé les téguments, le tractus gastro-intestinal et le système nerveux central, ce qui est prouvé par le développement insuffisant des extrémités droites et la localisation de la dermatose à droite. Les auteurs considèrent l'affection comme une avitaminose et la levure étant riche en vitamine B a guéri la malade. Son affection est donc une « myco-avitaminose » selon les auteurs.

BERMANN.

La caractéristique des affections cutanées chez les travailleurs des pêcheries, par R. M. TERZAKHAROFF. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 818-830.

Durant les années 1928 et 1929, l'auteur a étudié les affections cutanées observées chez les travailleurs des pêcheries à Astrakhan. Les 670 ouvriers étudiés se divisent en deux groupes distincts différant par le genre de leur travail ; les travailleurs de radeau et ceux de la pêche proprement dite. L'auteur décrit en détail leur travail, la caractéristique des ouvriers, la durée de leur besogne, etc.

Les travailleurs de radeau (420), parmi lesquels on trouve 64 o/o de femmes, sont occupés à transporter le poisson des lieux de pêche jusqu'aux radeaux, à le vider, l'enfiler et le saler. Ils opèrent rapidement et adroitement. Les lésions observées chez ces ouvriers et ouvrières sont les suivantes : coupures des mains 53,3 o/o, rhagades 24,6 o/o, piqûres 56,3 o/o, panaris 40,6 o/o, desquamation plantaire 16,7 o/o, dermatite érythémateuse des plantes 12,6 o/o, friabilité unguéale 15,2 o/o, verrues 16,4 o/o, acné 38 o/o, furonculose 14,5 o/o, hâle de la figure 52,2 o/o, pyodermite 4,4 o/o et eczéma 2,2 o/o. Les lésions mentionnées coexistent souvent chez le même sujet et s'expliquent facilement par le travail, l'action de l'eau, du sel, la saumure, le vent, le soleil, les instruments coupants et piquants. Les pêcheurs proprement dits présentent les lésions suivantes : coupures et piqûres des mains 24 o/o, rhagades 22,8 o/o, dermatite traumatique 84 o/o, panaris 8 o/o, durillons du tendon d'Achille 12 o/o, phtiriase 76,8 o/o, pyodermite 27,6 o/o, furonculose 7,2 o/o, verrues 19,2 o/o, acné 20,8 o/o, eczéma 3,2 o/o.

Ces travailleurs restent longtemps dans l'eau, tirent les filets de pêche, vivent dans de mauvaises conditions et se fatiguent beaucoup.

L'auteur remarque que les affections cutanées observées peuvent être divisées en celles n'ayant pas de rapport avec la profession et celles qu'on peut appeler professionnelles résultant de l'industrie étudiée. Il conclut à la nocivité professionnelle élevée et trouve nécessaire de protéger le travail et de le mécaniser autant que possible.

BERMANN.

Contribution à l'épidémiologie et au traitement du chancre mou et à la prophylaxie du bubon, par M. A. AGRONIK. *Rousskу Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 831-838.

En 8 ans (1922-1929), la polyclinique de l'Institut Vénéréologique d'État à Moscou a enregistré 970 cas de chancre mou ; le dispensaire de l'Institut en a enregistré 538 cas en 7 ans (1923-1929). En 5 ans (1924-1928), les autres établissements médicaux de Moscou (sauf la première Université) ont observé 4.753 cas de chancre mou. Durant les 4 dernières années, on a observé en Russie en tout 83.460 cas de cette affection.

L'auteur passe en revue les traitements proposés contre le chancre mou et sa complication la plus fréquente, le bubon. Ensuite il rapporte ses observations personnelles faites dans le domaine de la prophylaxie du bubon inguinal.

Ayant remarqué l'effet favorable de la protéinothérapie sur le bubon, l'auteur a établi le traitement que voici : le chancre mou est cautérisé tous les jours à l'acide phénique liquide, puis saupoudré de xéroforme ou d'iodoforme. En même temps, le malade reçoit tous les 3-4 jours des injections intrafessières d'un produit lacté la « Lactine » fabriqué à Moscou. La dose injectée va graduellement de 2 à 8 centimètres cubes. Le nombre total d'injections est de 2 à 12.

Sur 40 cas observés, 30 n'avaient pas de bubon au moment de la cure. Ils ont terminé le traitement sans en avoir, malgré conservation du train habituel de vie. Sur 10 cas ayant des ganglions lymphatiques inguinaux augmentés, aucun n'eut de bubon chancrelleux. Dans tous les 40 cas, les bubons se sont complètement résorbés.

L'auteur recommande la lactothérapie qu'il trouve être un traitement facile, accessible à tous et partout, simple et efficace.

BERMANN.

La radiothérapie de l'hypertrophie sénile de la prostate, par G. E. KHASPÉKOFF. *Rousskу Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 839-846.

L'étude des données bibliographiques démontre que les différents auteurs sont loin de tomber d'accord sur l'efficacité du traitement par les rayons X de l'hypertrophie de la prostate chez les vieillards, les uns la trouvant inopérante, les autres, active.

Depuis 1926, l'auteur a traité par cette méthode 34 cas d'hypertrophie sénile de la prostate, dont 4 chez des sujets de 40 à 50 ans, 6 de 50 à 60 ans, 15 de 60 à 70 ans et 9 de 70 à 80 ans. L'hypertrophie avait débuté depuis 4 à 12 mois chez 14 malades, de 1 à 2 ans chez 11, de 2 à 5 ans chez 7 et de 5 à 10 chez 2. Cliniquement, 18 malades se trouvaient dans la première période de l'affection (classification de Guyon), 15 dans la deuxième et 1 dans la troisième. Dans l'anamnèse de 19 malades on trouve la blennorragie ; 13 malades avaient une cystite. Chez 13 malades, l'irradiation se faisait à l'aide d'un appareil inducteur à rayons d'une dureté de 10,50 Wehnelt avec filtre d'aluminium de 3 millimètres. Chez les autres 21 malades, l'auteur a employé un appareil Heliopan, avec des rayons d'une dureté de 12,50 Wehnelt avec le même filtre de 3 millimètres. En 2-3 jours, le malade recevait 80 à 90 o/o H. R. D. La série était répétée au bout de 3-4 semaines. L'irradiation se faisait du côté du périnée, rarement du côté du sacrum. L'observation des malades a duré de 3 mois à 4 ans environ.

Sur les 18 malades de la première période, 2 ont cessé le traitement, 2 ont disparu, 4 continuent le traitement et 10 sont fortement améliorés. Sur 15 malades de la deuxième période, un a cessé le traitement, un a disparu, 4 continuent les séances, 3 n'ont pas changé et 6 ont été améliorés. Le malade de la troisième période a également été amélioré. La prostate des malades a diminué, la quantité des urines restantes a diminué, les érections ont souvent réapparu et l'état général s'est toujours amélioré. Ceux des malades qui ont été opérés ultérieurement n'ont pas vu les suites d'opération aggravées ou prolongées.

L'auteur conclut à l'efficacité de la rœntgénothérapie dans les cas d'hypertrophie sénile de la prostate et la préconise dans les première et deuxième périodes de la maladie, avant de tenter l'intervention chirurgicale.

BERMANN.

Sur les affections cancériformes de la verge, par A. D. KRICHTAL. *Roussky Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, nº 10, décembre 1930, pp. 847-849.

L'observation personnelle de l'auteur concerne un jeune homme de 20 ans atteint de phimosis congénital. Son affection a débuté, il y a 3 mois, par une posthite et un développement de petites formations dures et acuminées sur la face interne du prépuce. Le malade a été traité par des pommades à base de goudron, mais sans résultat. Alors, il se fait faire une ablation à la curette de ses néoformations. Après un arrêt et une accalmie de 2-3 semaines, les productions se remettent à augmenter rapidement et à s'ulcérer par places.

A l'examen, on constate que les ganglions lymphatiques sont durs et augmentés aux aînes, au cou et sous le maxillaire inférieur. L'extrémité du pénis est fortement gonflée (circonférence du gland, 18 centimètres), œdématiée et douloureuse, son tiers inférieur est couvert d'excroissances abondantes, acuminées et dures, le tout rappelant un chou-fleur, avec pus et ulcérations. Le méat est caché au fond de cette

tumeur, ce qui rend la miction douloureuse. Rien de particulier dans les urines et le sang. Bordet-Wassermann négatif. La biopsie montre des condylomes acuminés. Malgré le diagnostic de cancer de la verge établi par les chirurgiens et la proposition d'amputation, l'auteur a décidé de soumettre le malade à la radiothérapie. Il s'est servi des rayons X durs, pénétrants, avec filtre de zinc de 50 millimètres d'épaisseur, tension de 180.000 volts et intensité de 2 1/2 milliampères. L'irradiations se faisait par champs fractionnés (2 × 2 et 4 × 4). En 2 mois environ, le malade a reçu en tout 8 séances, dont 2 en clinique et 6 en policlinique. La tumeur a régressé et a disparu. Le malade a augmenté de poids. Pas de récidive durant 3 mois d'observation. L'affection n'a laissé que des pigmentations.

Quant à l'étiologie de l'affection, l'auteur insiste sur le phimosis préexistant et l'emploi des pommades au goudron qui sont un facteur de la production des néoformations.

L'auteur conclut à la nécessité d'appliquer la radiothérapie et la radiumthérapie dans les cas des tumeurs cancériformes, mais à structure bénigne, surtout chez les sujets jeunes. Il trouve que les interventions chirurgicales ont souvent été entreprises dans des cas où l'on pouvait bien s'en passer, car l'affection n'était pas du tout, malgré la ressemblance extérieure, un cancer. BERMANN.

Un cas de chancre mou extragénital, par B. N. TONIAN. *Rousskу Vestnik Dermatologuii*, t. VIII, n° 10, décembre 1930, pp. 849-853.

Après avoir passé en revue les généralités et la bibliographie concernant la chancrelle extra-génitale, l'auteur décrit un cas personnel.

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans, célibataire, n'ayant pas eu de maladie vénérienne antérieure, mais qui avait eu, 7 ans auparavant, au cours de son séjour en Asie Moyenne, un Bouton d'Orient au pied droit.

La maladie actuelle a débuté, il y a un mois, par une lésion de l'index droit avec tuméfaction de toute la main. Au bout de quelques jours sont apparues successivement deux ulcérations à l'avant-bras et une au bras droit.

L'examen ne montre aucune lésion aux organes génitaux, ni aucune cicatrice suspecte. A l'avant-bras, au-dessus du poignet et au bras, au-dessus du coude, on trouve 3 ulcérations arrondies, de la dimension de 1 à 5 francs, irrégulières, minées, suppurantes et douloureuses. Une quatrième ulcération est apparue au coude, près de celle déjà existante. L'auteur en a observé le début par une pustule et l'évolution. Pas d'adénopathie au coude, ni sous l'aisselle. Autour de l'ongle de l'index droit, on constate une infiltration à bords minés, reliquat du processus inflammatoire initial.

Vu la difficulté du diagnostic et la supposition des Boutons d'Orient, l'on pratique des examens bactérioscopiques et bactériologiques. Les frottis des ulcérations et de l'infiltration péri-unguéale, ainsi que les cultures, montrent le streptobacille de Ducrey.

Il s'agit donc des chancres mous primitifs à localisation extra-génitale, sans que les organes génitaux aient été atteints. Malgré tous les efforts multiples, la source de l'infection n'a pas pu être établie.

BERMANN.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à l'étude du processus de pigmentation dans la maladie de Darier (Beitrag zur Untersuchung der Pigmentverhältnisse beim Morbus Darier), par J. W. Mu (Peiping, Chine). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 5, novembre 1930, p. 365, 2 fig.

Travail de la clinique du Professeur Br. Bloch de Zurich ; étude sur la formation du pigment dans la maladie de Darier avec observation clinique et étude histologique d'un cas personnel.

Histologiquement, on distingue trois zones de pigmentation :

1° Le pigment est localisé dans la peau normale, qui forme la périphérie de la papule et se trouve exclusivement dans la couche basale ; ici le pigment est disposé à la périphérie du noyau, les cellules pigmentaires dendritiques y manquent complètement. Le pigment est légèrement augmenté. Des chromatophores en nombre restreint se trouvent dans le corps papillaire et aussi dans les couches un peu plus profondes.

2° Il existe aux points dans lesquels on peut constater un début de lésions dans le sens d'une psorospermose une hyperpigmentation nette. Non seulement les cellules basales, mais aussi les cellules plus haut situées peuvent contenir une assez grande quantité de pigment et ce dernier existe même dans la couche cornée.

3° Les parties nettement pathologiques dans les coupes avec hyper et parakératose et avec cellules dyskératosiques sont pauvres en pigment. On ne trouve que des granulations éparses et peu nombreuses dans la basale, dans les couches supérieures et aussi dans la couche cornée parakératosique.

L'auteur souligne l'importance de la constatation de la présence de grains de pigment dans les « grains » et les « corps ronds », mis en évidence par l'argentation. On constate dans le voisinage immédiat des lésions les plus prononcées, dans la couche basale des bourgeons interpapillaires une hyperpigmentation très nette. Ici le mélanoblaste basal s'est transformé en une cellule dendritique, dont les fins prolongements ainsi que tout le protoplasma de la cellule sont remplis de grains bruns de pigment. Dans ces parties de la coupe, le nombre des chromatophores est le plus augmenté. L'intensité de la doparéaction varie sous la dépendance des zones.

Il résulte de ces recherches que la maladie de Darier provoque un trouble important dans la fonction pigmentaire de l'épiderme. Au début de la maladie, la fonction pigmentaire est très augmentée ; avec le développement des lésions, cette fonction diminue dans des proportions notables, tandis que dans le voisinage se manifeste une hyperpig-

mentation pathologique. La formation dendritique, l'hyperpigmentation et l'acanthose semblent indiquer un processus de réparation de l'épiderme atteint. Dans la maladie de Darier le processus pathologique primitif se manifeste dans les cellules basales qui élaborent le pigment. Il existe dans la psorospermose non seulement un trouble de la kératinisation, mais aussi de la pigmentation : une dysplasie grave et une dysfonction des cellules basales. Olga Eliascheff.

Cas d'actinomycose typiques et atypiques (Typische und atypische Aktinomycosisfälle), par Arthur Jordan (Moscou). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 5, novembre 1930, p. 373, 3 fig.

Pendant les années 1925-1930, l'auteur a observé dans sa clinique à Moscou 5 cas d'actinomycose cliniquement typiques dont il apporte les observations détaillées. L'agent pathogène n'a été démontré que dans 3 de ces cas. Il conclut qu'il existe une pseudo-actinomycose due à des agents pathogènes différents : cocci et spirochètes. Le meilleur traitement fut, dans les cas de J., l'iodure de potassium et l'iodure de sodium.

Olga Eliascheff.

Observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication après emploi d'acétate de thallium, par A. I. Prokoptchouk, M. S. Bachkievitch et W. Chamchine. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 5, novembre 1930, p. 385.

Observations personnelles et travail expérimental sur les méfaits de l'acétate de thallium employé comme dépilatoire. Accidents graves du système nerveux et lésions des organes internes non seulement chez l'adulte, mais aussi chez des enfants de 8 à 12 ans.

Les auteurs concluent :

1° L'acétate de thallium produit des altérations du système nerveux végétatif. Par son action toxique sur le système nerveux végétatif, il provoque des lésions des poils, lésions qui consistent en une inflammation du bulbe avec infiltration de cellules rondes.

2° Comme tous les autres sels des métaux lourds (Hg, Bi, Pb) le thallium provoque la chute des cheveux, des folliculites, des éruptions toxiques avec hémorragies (pétéchies, ecchymoses).

Dans la bouche on observe la gengivite, la glossite, la stomatite ulcéreuse et l'angine du thallium ; l'herpès, les rhagades des lèvres ne sont pas rares.

Les organes internes sont aussi lésés par le thallium : les auteurs ont constaté des hémorragies internes, la colite ulcéreuse, des néphrites. Agissant sur le système nerveux végétatif, les préparations de thallium peuvent produire des psychoses épileptiformes passagères, de la chorée, des polynévrites, des arthralgies et même des hémorragies cérébrales.

Toutes ces manifestations peuvent être accompagnées de fièvre, amener une altération de la formule sanguine et cela même après la première dose de thallium. Olga Eliascheff.

Un cas de gonococcémie avec endocardite gonococcique (A Case of Gonococcemia with gonococcal Endocarditis), par O. Berner (Oslo). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 5, novembre 1930, p. 405.

Observation d'un cas de blennorragie suivie de mort par endocardite gonococcique. Une femme de 25 ans est admise à l'hôpital pour un rhumatisme articulaire aigu avec fièvre allant jusqu'à 41°. Les hémocultures faites, à plusieurs reprises, furent négatives. La réaction de fixation du complément avec un antigène gonococcique fut positive.

La mort survint 2 mois 1/2 après le début de la maladie. On constata à l'autopsie une endocardite gonococcique. Cette gonococcie se développa à la suite d'une infection gonococcique des organes génitaux internes.

Olga Eliascheff.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Sur la dermatite mercurielle des enfants, par M. Ed. Jenny. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 60e année, no 40, 4 octobre 1930, p. 942.

En étudiant sept cas de dermatite qui donnaient l'impression d'un érythème infectieux, chez des enfants de 1 an 1/2 à 4 ans (un seul de 9 ans), l'auteur constate qu'il s'agissait d'une réaction mercurielle. On avait donné aux enfants, comme vermifuge, des tablettes se composant de chocolat, de santonine (0,025) et de calomel (0,025). 5 à 8 jours après l'ingestion des tablettes, l'exanthème apparut. On examina par une méthode spéciale (1) lequel des ingrédiens des tablettes pouvait bien produire cet effet. Les essais à la santonine et au chocolat furent négatifs. Par contre ceux au calomel, et au chocolat au calomel furent positifs à une seule exception près, quoique l'intensité des réactions variât selon le cas. Mais l'individu à réaction négative réagit aussi positivement au moment où l'on fit un essai à l'onguent gris. Il s'agit donc bien d'une réaction mercurielle. — La même dermatite fut constatée chez un enfant ayant des dents plombées à l'amalgame d'argent, ce qui confirme l'observation de l'auteur. — La dermatite mercurielle des enfants est mentionnée dans la littérature, mais comme incident rare seulement. On y prétend que, en général, les enfants supportent très bien le mercure et ne parle d'ailleurs que

(1) (Méthode dite à la patte, décrite par R. L. Mayer dans son livre « Gewerbeekzeme ». L'on pose un peu de la substance à examiner sur une petite patte carrée (1,3 sur 1,3 cm.²) de mousseline (3-4 couches). Quantité des substances : 0,2 cm³ environ. Par-dessus l'on met un petit morceau d'étoffe imperméable (cellophane), de telle façon que cette étoffe surpasse la mousseline de tous côtés de 1/2 à 1 cm. Le tout est fixé hermétiquement sur la peau du sujet par de l'emplâtre glutinatif. Après 24 heures on enlève l'emplâtre de la peau — sans essuyer les restes par de la benzine ou de l'éther — pour constater s'il y a inflammation ou non. Welti).

d'enfants au-dessus de 10 ans. A la suite des expériences susmentionnées l'auteur se voit obligé de soutenir une opinion contraire : le mercure — soit sous forme de calomel ou sous une autre forme — produit assez souvent une dermatite chez les enfants. Cette dermatite peut être accompagnée ou non de fièvre. — Par sa communication, l'auteur désire attirer l'attention sur ce fait et engager à faire d'autres observations sur l'hypersensibilité au mercure aux différents âges.

MAX HENRI WELTI, Berne.

LIVRES NOUVEAUX

Les phénomènes de choc dans l'urticaire, étude clinique et thérapeutique, par Pasteur Vallery-Radot et Lucien Rouquès. Masson et Cie, édit.

Nous avons analysé déjà ici un récent ouvrage de Pasteur Vallery-Radot et de Mlle V. Heimann.

D'autre part, Pasteur Vallery-Radot a publié, dans ces *Annales*, un article substantiel sur l'urticaire. Nos lecteurs connaissent donc les idées de l'auteur sur un problème qui le passionne et qu'il ne cesse de creuser. Dans son dernier ouvrage, ses idées paraissent se modifier un peu, ou plus exactement se préciser. En effet, on sait qu'il explique par le choc anaphylactique le mécanisme de l'urticaire et le choc lui-même par une « diathèse colloïdoclasique », c'est-à-dire par une instabilité congénitale ou acquise, des colloïdes. Mais toutes les urticaires, dit-il expressément, ne peuvent être ainsi expliquées, par exemple, l'urticaire d'origine intestinale des enfants en bas âge, ou encore l'urticaire par le froid. La doctrine de Pasteur Vallery-Radot peut actuellement se résumer par cette phrase que je cite textuellement : « Le rôle du choc est évident dans les urticaires alimentaires et dans les urticaires par effort ; il est probable, mais non exclusif d'autres facteurs, dans les urticaires parasitaires et dans les urticaires émotives ; il est très incertain dans les urticaires digestives et dans les urticaires *a frigore*. Dans les urticaires médicamenteuses, il est parfois difficile de distinguer ce qui relève de l'intoxication de ce qui dépend de la colloïdoclasie. »

La partie clinique est suivie d'une longue partie thérapeutique très complète où toutes les méthodes sont étudiées avec un esprit critique très sûr.

Clément Simon.

La syphilis expérimentale et le pian (avec références spéciales de pathologie et d'immunologie), par le Dr S. Matsumoto, professeur de dermatosyphiligraphie à l'Université impériale de Kyoto (Japon). 1 vol. grand. in-8 de 408 pages avec 126 figures hors texte.

Cet admirable livre est le fruit de douze années de recherches entreprises par Matsumoto et ses collaborateurs. C'est un véritable monument de la syphilis et, plus généralement, des spirochétoses expérimentales. L'auteur étudie non seulement la syphilis mais toutes les maladies générales à spirochètes. Dans une première partie, il donne toutes les données, dont plusieurs inédites et personnelles, concernant l'étude macroscopique et microscopique. La seconde partie est consacrée à la question si complexe de l'immunité. De l'étude de la syphilis, du sodoku, de la

pseudo-syphilis, de la fièvre récurrente, de la spirochétose ictéro-hémorragique, du pian, l'auteur arrive à des idées générales sur l'immunité, la réinfection et la superinfection qu'il a exposées dans son rapport au Congrès de Copenhague. Mais l'espace et le temps lui étaient mesurés, tandis que le livre qui paraît aujourd'hui est vraiment complet. Il peut être pris comme exemple d'étude expérimentale et il fait le plus grand honneur à l'école syphiligraphique japonaise. L'auteur se sert avec aisance de la langue anglaise, ce qui met son œuvre à la portée de la plupart des dermatologistes. CLÉMENT SIMON.

La Phylaxie, par G. BILLARD, profesteur à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand. 1 vol. in-8° de 96 pages, 16 fr. A Paris, chez G. DOUIN et Cie.

Bien que ce volume, résumé des théories si personnelles du regretté Prof. Billard, ne soit pas une étude de dermatologie, je pense cependant qu'il doit être signalé à l'attention des dermatologistes, surtout depuis que les notions de sensibilisation, d'anaphylaxie, d'accoutumance et, pour tout dire d'un mot, d'allergie, se sont introduites dans les pensers dermatologiques. La phylaxie, c'est la protection qu'oppose l'organisme à l'action des poisons et des toxines. Cette phylaxie peut non seulement être constatée mais provoquée. Par exemple, la spartéine protège contre le venin de vipère, contre les intoxications diphtérique et tétanique. Les eaux minérales elles-mêmes peuvent protéger contre ces mêmes poisons et contre la phalline. Le chloroforme, le gardénal ont une action analogue.

Cette phylaxie n'est pas une immunité mais elle agit à la façon d'une imprégnation tinctoriale des cellules nerveuses.

Cette étude, fruit d'un des esprits les plus originaux de notre temps, mérite d'être lue et méditée. CLÉMENT SIMON.

L'Ionisation et ses applications médicales, étude physique, physiologique et thérapeutique. par MM. les Docteurs Paul DUHEM, électro-radiologiste de de l'hôpital des Enfants malades et Jean DUBOST, préparateur de Physique à la Faculté de Médecine de Paris. 1 vol. in-8, de VIII, 105 p. avec fig. 15 fr.

Le domaine de la Physiothérapie est considérable et il n'existe aucun traité d'ensemble. Aussi P. Duhem a-t-il eu l'idée de faire paraître une série de petits manuels qui ont pris le nom d'*Actualités physiothérapeutiques*. Dans ce volume est étudiée l'ionisation. La première partie comprend la Physique et la Physiologie de l'ionisation. La deuxième partie est la partie thérapeutique. En ce qui concerne spécialement la dermatologie on y trouvera le traitement des plaies, des ulcères, des durillons, du sycosis, du phagédénisme, de l'impétigo, de l'ecthyma, de l'acné, du prurit, du lupus, de la sclérodermie, des cicatrices adhérentes par l'ionisation du zinc, du magnésium, du salicyte, de l'aconitine, de l'iode, du chlore.

CLÉMENT SIMON.

Les polychrestes homœopathiques, par Tetau. Editions médicales. Paris, 140 pages.

Bien qu'il ne donne pas la signification de son titre, cet ouvrage représente un effort véritable pour rendre compréhensible au grand public médical la pathologie des homœopathes. Mais est-ce bien clarifier les choses que de rapprocher des syndromes endocriniens ou des dystonies neuro-végétatives les phénomènes d'intoxication médicamenteuse qui sont la base du choix des médications homœopathiques ?

Il est impossible d'analyser un tel travail qui étudie successivement 26 médicaments. Il laisse l'impression qu'il faut un effort colossal de mémoire purement mécanique pour aborder utilement l'emploi de cette thérapeutique, mais il ouvre la voie à sa vulgarisation.

A. Bocage.

Margot et Mabu, par L. Devraigne. Editions de la vie saine. Paris, 1931, 72 pages.

C'est l'histoire romancée de la création d'un dispensaire d'hygiène sociale à la campagne, prétexte pour décrire en détail son activité et ses résultats. Un film « Le voile sacré » en sera tiré prochainement. C'est un ouvrage de vulgarisation écrit très simplement et qu'il faut répandre dans tous les milieux. A. Bocage.

Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux. L. Aubert. Thèse de Nancy, 1930.

Après une courte étude anatomique et pathogénique de l'ulcère, l'auteur énumère les principaux traitements classiques, puis il passe à la description du procédé du Dr Bourgraff et de M. Cauchois, pharmacien. En évitant de donner des précisions sur la composition des spécialités employées, l'auteur expose leur mode d'action dans le langage sybillin cher aux rédacteurs de prospectus pharmaceutiques, attribuant la cicatrisation de la plaie à l'action de l'oxygène ozonisé sur la sérosité de l'ulcère, en présence des « frustules silicieuses d'un groupe sélectionné d'algues phéophycées ».

Ce qui peut faire la valeur de la méthode nous paraît pouvoir se résumer ainsi :

1° pansement tous les trois jours ; 2° chaque fois nettoyage à fond de l'ulcère à l'éther à l'exclusion de tout liquide aqueux ou de tout antiseptique caustique ; 3° désinfection très discrète avec une poudre faiblement iodée ; 4° application sur la plaie d'une très épaisse couche (1 centimètre) de pâte au peroxyde de zinc, avec protection de la peau par une pommade à l'ichtyol ; 5° pansement mince perméable, simple compresse sans coton ; 6° bande élastique autour du membre quand le malade est levé ; 7° interdiction de la station debout immobile, mais au moins trois heures de marche par jour, avec la bande.

D'après l'auteur, dans les cas les plus favorables, une première amélioration apparaît au bout de quinze jours et la cicatrisation se fait en

quatre à six semaines. Bien entendu, il estime indispensable que la bande, de marque spécialisée et dont il ne nous indique pas les caractéristiques, sinon qu'elle est élastique, soit portée très longtemps après la guérison.

Ajoutons que certains indices nous font croire que l'ouvrage que nous avons eu entre les mains n'est peut-être pas rigoureusement conforme à la thèse soutenue devant la Faculté de Nancy.

A. Bocage.

Prophylaxie médico-sociale de la syphilis (Profilaxis medico-social de la sifilis) Discours de réception prononcé à l'Académie Royale de Sarragosse, par E. de Gregorio et Garcia Serrano. Réponse d'Angel Abos Ferrer. Un vol. 83 p. Sarragosse. Industrias graficas Alfredo Uriarte, 1930.

E. de G. passe en revue les divers problèmes qui se rattachent à la prophylaxie médico-sociale de la syphilis. Il rappelle les notions relatives à la contagion, à la pathologie générale, à l'évolution, à la reproduction expérimentale, au diagnostic précoce et au traitement de l'infection. Une étude très documentée de la prophylaxie individuelle lui permet de conclure que les diverses méthodes préconisées sont souvent inefficaces et même dangereuses, car l'accident primitif peut être simplement retardé ou supprimé sans que le développement ultérieur de la maladie soit empêché.

La prophylaxie de la tuberculose est essentiellement sociale. Celle de la syphilis est surtout médicale. Elle se fonde sur le traitement des malades et sur l'éducation du public. Il appartient à l'Université de former des médecins compétents et de donner aux écoliers des notions élémentaires qu'ils pourront répandre autour d'eux. Une tâche analogue incombe aux dispensaires. Ils doivent non seulement soigner les malades, mais les éduquer. Chacun d'eux doit être un centre d'instruction pour les médecins désireux de se spécialiser.

J. Margarot.

NOUVELLES

DERMATOSES ET SYPHILIS EXOTIQUES

Il existe à l'Hôpital Saint-Louis, sous la direction de M. le Professeur Gougerot, Professeur de Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de Médecine de Paris, Médecin de l'Hôpital Saint-Louis, et de M. le docteur Paul Blum, ancien Chef de Clinique, Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Louis.

A la clinique des Maladies cutanées et syphilitiques de l'Hôpital Saint-Louis

Pavillon Bazin

40, rue Bichat, *Paris, 10e*.

Un centre de consultation et de traitement des maladies de la peau : Syphilis, Lèpre, Mycoses, Dermatoses exotiques, etc..., réservé particulièrement :

1° Aux travailleurs coloniaux ;
2° Aux travailleurs étrangers ;
3° Aux immigrants ;
4° Aux étrangers qui demandent aide et assistance à leurs Consulats respectifs.

Cette consultation a lieu :

Lundi, Mercredi, Vendredi, Samedi — matin à 9 h. 30

Hôpital Saint-Louis, Pavillon Bazin, 40, rue Bichat.

Une autre consultation a également lieu :

Mercredi soir à 20 h. 30.

A la grande consultation, 40, rue Bichat, pour les travailleurs étrangers qui n'ont pu venir à celle de la matinée.

Les malades qui ne connaîtraient pas la langue pourront s'adresser à leur Consulat afin de se faire accompagner d'un interprète.

Ils pourront se munir de leur passeport ou de leurs pièces d'identité.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Paul Blum, Médecin-Assistant de l'Hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat à Paris, 10e.

IIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE LA LUMIÈRE

Le IIe Congrès international de la lumière se réunira à Copenhague du 15 au 18 août 1932.

Les questions suivantes seront mises à l'ordre du jour :

1. Le rôle du pigment dans la biologie de la lumière et dans l'effet thérapeutique des bains de lumière. Rapporteurs : M. BRODY (France); M. MIESCHER (Suisse).
2. Comment l'effet des bains de lumière dans la tuberculose peut-il s'expliquer? Rapporteurs : Sir HENRY GAUVAIN (Angleterre); M. JESIONEK (Allemagne).
3. Bases et organisation des recherches hélio-climatiques en relation avec les mesures d'Hygiène Publique. Rapporteurs : M. W. HAUSMANN (Autriche); M. A. ROLLIER (Suisse).
4. Compte rendu du Comité International de fixation d'une Unité de mesure pour les rayons ultra-violets. Présenté par M. SAIDMAN (France).

Art. 3. Le montant de la cotisation est fixé à 30 couronnes danoises ou 200 francs français ou 33 Reichsmark ou 1 livre sterling 13 sh. ou 8 dollars (U. S. A.). La cotisation des membres de famille des congressistes est fixée à la moitié de ce montant.

Comité d'organisation :

Président : Dr. AXEL REYN, St. Kongensgade 130.
Secrétaire Général : Dr. A. KISSMEYER, Kronprinsensgade 1.
Secrétaire Adjoint : Dr. EIGIL REKLING, Bernstorffsvej 174.
Trésorier : Dr. H. KJERGAARD, Finseninstitutet, Strandboulvarde.
Membres . Prof. H. M. HANSEN, Juliane Mariesvej 30.
Dr. SVEND LOMHOLT, Vodroffsvej 50.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES RÉACTIONS CUTANÉES DITES « ECZÉMA DU NOURRISSON »

Par M. et Mme H. MONTLAUR

PREMIER MÉMOIRE

Recherches.

Les résultats de nos recherches sur les réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson ont fait, en août 1930, l'objet d'une communication au VIII[e] Congrès International de Dermatologie et de Syphiligraphie, à Copenhague.

Notre but était d'étendre aux enfants du premier âge les études bactériologiques poursuivies par l'un de nous depuis trois ans sur les adultes porteurs d'eczématides.

Les recherches ont été poursuivies à la Maternité de Port-Royal, les enfants venant des salles du service de M. Rudaux ou de notre consultation, pour nourrissons issus de souche syphilitique, annexée à la consultation de prophylaxie des maladies héréditaires de la Maternité de Paris.

L'examen des nouveau-nés du service nous a permis d'assister à l'éclosion de l'affection cutanée et d'en suivre au jour le jour le développement ; de même, chez des nourrissons de la consultation, d'observer des dermatoses plus évoluées.

Alors qu'en août 1930, les jeunes malades suivis n'étaient qu'au nombre de 32, nous pouvons actuellement développer les faits déjà publiés et les appuyer par une expérimentation plus longue. Celle-ci porte sur 62 observations d'enfants présentant une affection cutanée et sur 93 différentes observations de recherches chez des nourrissons sains.

Étude clinique.

Les 62 enfants porteurs de dermatose peuvent se répartir ainsi :

3 grands enfants eczémateux dont il ne sera pas tenu compte en raison de leur âge ;

1 nourrisson présentant du pemphigus staphylococcique ;

4 nourrissons atteints de dermo-épidermite staphylococcique ; leurs observations seront reprises pour la discussion des faits ;

54 nourrissons chez lesquels l'affection cutanée devait être qualifiée « eczéma », depuis le simple eczéma intertrigo de Ferrand jusqu'aux grandes formes des eczémas dits séborrhéiques.

Les recherches bactériologiques, biologiques et chimiques ultérieures nous ont permis de considérer que, malgré leur diversité objective, les types du dernier groupe peuvent avoir une étiologie commune, dériver d'une même forme initiale, la dermite infantile de Jacquet, et qu'ils obéissent à une même thérapeutique vaccinale spécifique.

Sans vouloir donner une description clinique détaillée de la dermatose, il semble utile cependant de préciser certains de ses caractères, d'en étudier la symptomatologie et d'insister surtout sur son évolution.

Parmi les 54 nourrissons étudiés :

30 étaient allaités exclusivement au sein ;

11 étaient nourris à l'allaitement mixte ;

13 avaient été mis d'emblée à l'allaitement artificiel.

Chez un enfant de 4 mois 1/2, et c'est le seul cas, le point de départ de la dermatose s'est fait à l'âge de 2 mois, au niveau du sillon rétro-auriculaire.

Dans toutes les autres observations, soit 53 cas sur 54, l'affection a débuté par le siège, entre le neuvième et le quarantième jour de la vie, le plus habituellement vers le quinzième.

Le siège présente tout d'abord un léger érythème, qui bientôt devient rouge cerise, parfois même lie de vin, luisant et comme vernissé, plus humide que suintant ; la peau est chaude et tendue, parsemée ou non de papules érosives.

Les régions avoisinantes, ano-génitale et sacro-lombaire, sont plus ou moins rapidement envahies. La rougeur gagne la face

interne et postérieure des cuisses, déborde sur la face externe où cependant subsiste presque toujours une petite bande de peau saine.

La face interne et postérieure des jambes est également intéres-



Fig. I.

sée ; l'éruption peut gagner jusqu'aux malléoles, le talon et la région plantaire ; les malléoles et le talon présentent parfois de petites ulcérations.

L'érythème occupe donc presque tout le plan postéro-inférieur du corps et on peut le comparer avec M. Marfan « à un fer à cheval

dont les extrémités sont sur les jambes et la convexité à la région sacro-lombaire ». La limite supérieure se marque en avant, sur l'abdomen, entre le pubis et l'ombilic (fig. I).

Cette vaste lésion érythémateuse présente une bordure irrégulière, largement festonnée, polycyclique, limitée par une collerette épidermique à lambeau flottant.

Les plis inguinaux, interfessier et ceux des cuisses sont le plus souvent suintants, parfois même ils sont le siège d'un véritable *intertrigo.*

Au voisinage de la lésion principale, se remarquent de petits éléments arrondis ou ovalaires, parfois très nombreux, de diamètre variable, *rouge vif* et bordés toujours d'une *collerette épidermique.* Ces éléments constituent le processus d'extension de la lésion.

Notons avec M. Ferrand que l'infection secondaire (pustules d'impétigo de Bockhardt) est d'une extrême rareté.

C'est en somme le type des érythèmes fessiers, remarquablement étudiés par Jacquet et par Moussous et Lebard, dont les rapports étroits avec les *processus d'eczématisation* ont été clairement mis en évidence par M. Ferrand, et qui diffèrent beaucoup du banal érythème fessier si fugace, des premiers jours qui suivent la naissance.

Lorsque l'affection évolue soit spontanément, soit sous l'influence des premières injections vaccinales, on voit apparaître à la limite supérieure, au milieu des éléments aberrants à collerettes épidermiques, une nouvelle modalité éruptive constituée par des placards érythémato-squameux du type des *eczématides* de M. Darier.

Ces eczématides occupent la partie *supérieure* du tronc : la région thoracique antéro-supérieure, la ceinture scapulaire, les aisselles ; elles envahissent la face postérieure du thorax. Quel que soit le nombre des placards et leur étendue, on note toujours des intervalles de peau saine.

Les *membres supérieurs* sont également parsemés de ces éléments qui, au pli du coude, forment une petite nappe.

La *région cervicale* est presque toujours intéressée et présente deux ordres de lésions : des placards érythémato-squameux secs et au niveau des plis, de l'intertrigo.

A la face, la lèvre supérieure et le menton sont le plus habituellement respectés. Au niveau des joues, il existe soit une éruption papulo-vésiculeuse fine, suintante, soit des placards érythémato-squameux secs (fig. II).



Fig. II.

Le nez et les sillons naso-géniens sont atteints. La *racine du nez* et la *région sourcilière* se recouvrent de squames grasses épaisses, adhérentes, formant une véritable barre qui parfois

occupe toute la région frontale et se continue au niveau du *cuir chevelu.*

Celui-ci, parsemé de placards à squames grasses, épaisses, peut être envahi dans sa totalité et recouvert d'une véritable calotte



Fig. III.

(croûte de lait, chapeau, etc.); il existe quelquefois une alopécie presque totale (fig. III).

Les sillons *rétro-auriculaires* sont le siège d'intertrigo. Le pavil-

lon de l'oreille et le conduit auditif, recouverts le plus souvent de squames sèches, peuvent également être suintants (fig. IV).

La dermatose offre à ce moment un type éruptif mixte qui



Fig. IV.

comprend : l'eczéma intertrigo des nouveau-nés (dermite infantile) occupant la moitié inférieure du corps, et les parakératoses qui s'étendent sur la moitié supérieure.

L'affection continuant son évolution, les phénomènes inflammatoires du siège s'atténuent, rétrocèdent même totalement; les collerettes épidermiques de bordure disparaissent et l'épidermisation commence. La région reprend alors une apparence et une teinte normales, ou bien se recouvre d'eczématides, ainsi qu'on l'observe le plus souvent.

Quant à l'intertrigo, il peut subsister ou suivre la régression de la dermite.

A ce stade, la dermatose a perdu son caractère primitif; la lésion dermatologique est uniquement représentée par des placards d'eczématides dont le nombre et l'étendue sont éminemment variables. On se trouve alors en présence de la réaction cutanée dite « eczéma séborrhéique », « eczéma infantile », etc., et bien loin, semble-t-il, de la dermite infantile simple de Jacquet.

Le *prurit* se manifeste dès le début de la dermatose avec plus ou moins de violence, ainsi qu'en témoignent les cris, l'agitation de l'enfant et ses tentatives de grattage. Il peut persister pendant toute l'évolution de l'affection et être souvent responsable des infections secondaires d'impétiginisation.

Étude bactériologique des lésions cutanées.

Les squames ont été récoltées, sans antisepsie préalable de la peau, au moyen de petites brosses à dents stériles, dans des boîtes de Pétri stérilisées. Chaque segment intéressé, siège, thorax, face, etc., a fait l'objet d'un prélèvement particulier, la brosse ne servant que pour une seule opération.

Première technique. — Les premiers ensemencements ont été pratiqués, en vue de la recherche du streptocoque, en bouillon sérum anaérobie et en pipette profonde, selon la technique de M. Sabouraud, et les cultures obtenues examinées après 18, 24, 48 heures de séjour à l'étuve à 37°.

Les cultures se sont montrées d'emblée très abondantes, constituées par des cocci en chaînes, des diplocoques encapsulés ou non, avec quelques amas, toutes formes à Gram positif. On pouvait admettre, les chaînes dominant nettement dans les préparations, qu'il s'agissait d'un streptocoque.

La vitalité du microbe et l'exubérance des cultures laissant quel-

ques doutes quant à leur nature streptococcique, nous avons identifié les premières souches d'après les techniques, un peu modifiées par nous, de M. Tricoire et de M. Hauduroy.

L'ensemencement sur divers milieux : indol, lait, petit lait tournesolé, amidon, rouge neutre, sous acétate de plomb, milieu de Truch bilié ; le passage sur les sucres : saccharose, glucose, lactose, galactose, lévulose, maltose, inuline, mannite, xylose et sorbite ont démontré que nous nous trouvions en présence d'entérocoques et non de streptocoques.

M. M. Gory a eu la très grande amabilité de bien vouloir contrôler nos recherches et il a conclu comme nous à la présence d'entérocoques ; il s'est chargé, par la suite, de l'identification des cultures.

Etait-ce là un fait isolé, accidentel — l'entérocoque de M. Thiercelin n'ayant été signalé jusqu'à ce jour, à notre connaissance, au niveau des lésions cutanées dermatologiques que comme un saprophyte — ou bien au contraire, pouvait-on penser retrouver régulièrement ce germe dans les squames des nourrissons eczémateux et lui attribuer un rôle pathogène ?

L'entérocoque n'était considéré jusqu'à la publication récente d'un certain nombre de travaux, que comme un hôte banal et sans importance du tube digestif, mais ceux-ci ont montré que cette espèce microbienne pouvait, dans des conditions déterminées, *acquérir un pouvoir pathogène* et devenir le facteur responsable de certaines infections.

Deuxième technique. — Dès ce moment, nous avons orienté les recherches vers l'entérocoque et toutes les squames prélevées au niveau des lésions cutanées, chez les nourrissons eczémateux, ont été ensemencées selon la méthode de M. Weissenbach, sur milieu de Truch bilié. Dans ce milieu, où le streptocoque ne peut se développer, l'entérocoque pousse en abondance.

Après 18, 24 heures de séjour à l'étuve, les cultures sont très abondantes, protéiformes : cocci en amas, diplocoques encapsulés ou non, chaînes, à Gram positif, caractéristiques de l'entérocoque dans les cultures jeunes en milieu liquide.

Ajoutons que toutes les souches ont été identifiées comme entérocoque.

Il existe donc au niveau des lésions cutanées une espèce micro-

bienne qui est un entérocoque ; on le rencontre aussi bien sur les lésions érosives du siège et en particulier dans les collerettes épidermiques de bordure, que dans les placards érythémato-squameux secs.

Nous aurions pu alors penser que l'eczéma du nourrisson est une épidermite entérococcique, conception assez séduisante mais à laquelle il était difficile de s'arrêter.

ÉTUDE DES SELLES

Un certain nombre de nourrissons présentaient des troubles digestifs, que l'on peut, d'après M. Marfan, classer ainsi :

a) diarrhée commune avec selles muco-grumeleuses ou liquides, chez 23 enfants au sein, 8 à l'allaitement mixte, 5 au biberon ;

b) constipation chez 2 nourrissons au sein ;

c) selles mastic (dyspepsie du lait de vache), chez 4 d'entre eux à l'allaitement artificiel.

Chez quelques-uns, les troubles n'ont pu être décelés que par l'examen chimique.

Dans la plupart des observations, les modifications objectives des selles avaient précédé l'apparition de l'érythème fessier ou bien coïncidaient avec lui.

Étude bactériologique.

L'étude de la flore microbienne a été poursuivie de deux en deux jours dans les fèces des nourrissons eczémateux.

A l'examen direct, après coloration par la méthode de Gram, on constate la prédominance de la *flore bleue*, presque uniquement représentée par de l'entérocoque et parfois par lui seul.

Cette première constatation demandait à être contrôlée par la culture, puisque l'on sait que.... « la plupart des germes qui ont vécu, se sont développés et ont joué un rôle dans l'intestin, sont morts et les selles ne contiennent plus que leurs cadavres. Un ensemencement ne peut révéler que ceux des microbes qui vivent encore dans les fèces au moment de la défécation.... » (Goiffon).

Chaque examen direct a été suivi d'un ensemencement selon la

technique que nous avons employée pour la recherche de l'entérocoque dans les squames (milieu de Weissenbach anaérobie).

Les *cultures* se sont montrées surtout constituées par deux variétés de germes : l'entérocoque et un bacille à Gram négatif du type coli. Le premier constituant la majeure partie de la culture, on pouvait alors conclure que l'entérocoque, malgré son séjour dans le gros intestin, restait encore vivant et abondant.

Ce germe, déjà isolé des squames épidermiques chez les nourrissons eczémateux, attirait plus particulièrement notre attention. C'est son évolution que nous avons essayé de suivre chez le nourrisson sain et chez le nourrisson eczémateux, à l'exclusion des autres microbes si nombreux dans les fèces et qui ont fait l'objet de travaux importants en tête desquels il faut citer ceux d'Escherich et de H. Tissier.

PARALLÈLE ENTRE L'ÉVOLUTION DE L'ENTÉROCOQUE DANS LES SELLES DE NOURRISSONS SAINS ET DE NOURRISSONS ECZÉMATEUX

Nourrissons sains (en collaboration avec Mlle S. Vidal)

OBS. I (obs. exp. n° 1). — L. B., né le 12 novembre 1930 à 2 h. 30, 1re tétée le 13 novembre à 5 h. 30.

1er prélèvement de méconium 12 heures après la naissance..	*Gram direct* : pas de flore microbienne. *Culture* : entérocoque, pas de type coli.
2e prélèvement de méconium 33 heures après la naissance..	*Gram direct* : entérocoque, pas de colibacille. *Culture* : entérocoque, pas de coli.
3e prélèvement, 53 heures après la naissance	*Gram direct* : entérocoque abondant, pas de coli. *Culture* : entérocoque et colibacilles abondants.
4e prélèvement, 77 heures après la naissance	*Gram direct* : entérocoque abondant et colibacille. *Culture* : entérocoque peu abondant, colibacille très abondant.
5e prélèvement (5e jour) 101 heures après la naissance........	*Gram direct* : entérocoque abondant et colibacille. *Culture* : entérocoque *très peu abondant* et colibacille très abondant.

Des prélèvements effectués les 6e, 7e, 8e, 9e, 10e, 11e, 12e et 13e jours montrent les mêmes résultats : à l'examen direct, prédominance de la *flore bleue* (entérocoque) ; à la culture, prédominance de la *flore rouge* (type coli).

Le dosage des acides organiques pratiqué dans les fèces, à partir du 10e jour, donne des chiffres normaux, 18, 22, 23 centimètres cubes d'HCl normal.

L'enfant, en bon état, quitte la Maternité au 13e jour.

Quatre nouveau-nés sains ont fait l'objet de mêmes recherches ; les résultats obtenus ont été en tous points identiques.

Nourrissons eczémateux.

Obs. II (obs. clinique XIV, obs. exp. XI). — Dom... Roger, né le 18 avril 1930 ; allaitement maternel.

Présente le 12e jour un érythème fessier du type papuleux avec collerettes épidermiques de bordure, accompagné de diarrhée commune.

1er examen de selles, 21 mai 1930	*Gram direct* : entérocoque très abondant, chaînes et formes involution, type coli rare. *Culture* : entérocoque extrêmement abondant, type coli très rare.
2e examen de selles	*Gram direct* : entérocoque très abondant, pas de type coli. *Culture* : entérocoque très abondant, type coli très rare.
3e prélèvement de selles.........	*Gram direct* : entérocoque très abondant, pas de flore rouge. *Culture* : entérocoque extrêmement abondant, type coli très rare.

Les prélèvements sont ainsi effectués de deux en deux jours et donnent des résultats analogues.

Dans la selle du 15 juin, on note, à l'examen direct, une flore bleue (entérocoque) beaucoup moins abondante et une flore rouge (type coli) plus importante. Même constatation le 17. La prédominance de la flore rouge s'accentue encore dans la selle du 19 juin, où l'entérocoque est très peu abondant, tant à l'examen direct qu'à la culture.

Les chiffres des acides organiques suivent fidèlement l'évolution de l'entérocoque :

dans la selle du 21 mai : 43 centimètres cubes d'HCl ;
dans la selle du 19 juin : 23 centimètres cubes d'HCl, chiffre normal. (Voir graphique I). L'enfant en traitement depuis le 21 mai ne présente plus aucune manifestation cutanée.

Les deux observations précédentes se complètent par celle d'un nouveau-né suivi dès les premières heures après la naissance et chez lequel nous avons pu assister à l'évolution d'une dermite infantile simple.

Obs. III (obs. exp. n° 2). — A. Franc..., né le 12 novembre 1930, à 7 h. 30, 1re tétée le 13 novembre à 11 h. 30.

1er prélèvement de méconium 4 h. 30 après la naissance....	*Gram direct* : pas de flore microbienne. *Culture* : entérocoque et bacille type coli abondant.
2e prélèvement de méconium 24 heures après la naissance..	*Gram direct* : entérocoque, pas de type coli. *Culture* : entérocoque et colibacille.
3e prélèvement de méconium 48 heures après la naissance..	*Gram direct* : entérocoque, pas de type coli. *Culture* : entérocoque et type coli très abondant.
4e prélèvement au 3e jour......	*Gram direct* : entérocoque très abondant, type coli rare. *Culture* : entérocoque rare, type coli très abondant.

Les prélèvements effectués les 5e, 6e, 7e, 8e et 9e jours sont identiques : prédominance de *flore bleue* (entérocoque) à l'examen direct ; prédominance de *flore rouge* (type coli) à la culture.

Le 10e jour, la culture des selles montre de l'entérocoque en abondance, même résultat le 11e jour.

Le dosage des acides organiques dans les fèces donne les chiffres suivants :

Le 9e jour............	20 centimètres cubes d'HCl
Le 10e jour............	25 —
Le 11e jour............	35 —

Le 10e jour, l'enfant présente une lésion du siège du type de la dermite infantile simple de Jacquet.

Nous attachons une grande importance à cette observation puisqu'elle nous a permis de saisir à leur début trois ordres de faits qui nous paraissent essentiels :

la rupture de l'équilibre microbien dans les selles par pullulation de l'entérocoque ;

l'exagération du processus normal de fermentation (augmentation du taux des acides organiques) ;

l'apparition de la dermatose.

Étude chimique (1).

Les constatations bactériologiques nous ont conduit à étudier, en collaboration avec Mlle S. Coutière, le chimisme intestinal des nourrissons eczémateux au cours de l'évolution de la dermatose, sous l'influence d'une thérapeutique vaccinale entérococcique.

L'observation a porté sur 118 selles de nourrissons, élevés tant à l'allaitement maternel ou mixte, qu'à l'allaitement artificiel. Nous inspirant des recherches de MM. Debré, Goiffon et Rochefrette sur les selles des nourrissons normaux, nous avons adopté leur technique et leur méthode.

La *réaction au tournesol* est des plus variables, qu'il s'agisse d'enfants au sein ou au biberon. Le plus habituellement acide chez les enfants au sein, elle présente cependant des variations et tend à se montrer tantôt neutre, tantôt alcaline. Dans l'allaitement artificiel, elle est, au contraire, très régulièrement alcaline, et le reste pendant toute la durée de l'évolution de la dermatose.

La *réaction des peroxydases* est toujours positive à des degrés différents.

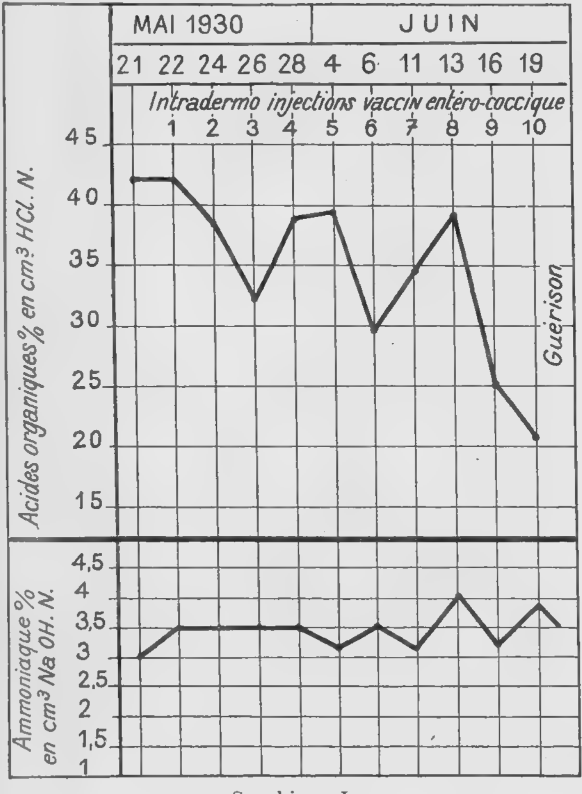
La *recherche des pigments biliaires* par la réaction au sublimé et la méthode de Grigaut montre la présence très fréquente de bilirubine, quel que soit l'allaitement.

La stercobiline fait le plus habituellement défaut chez les nourrissons au sein, alors qu'elle est plus fréquente dans l'allaitement artificiel. Dans certains cas, les réactions sont négatives, témoignant d'une acholie pigmentaire.

(1) Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson, par M. H. Montlaur et Mlle S. Coutière. *Bull. Acad. Méd.*, séance du 15 juillet 1930, t. CIV, n° 28.

Le *collage à la soude*, réactif des sels alcalino-terreux (Goiffon), répond exactement au mode d'allaitement. Toujours positif dans l'allaitement artificiel, il se montre faiblement positif dans l'allaitement mixte, alors qu'il est toujours négatif chez l'enfant au sein.

Le *dosage de l'ammoniaque* nous a paru donner des chiffres



Graphique I.

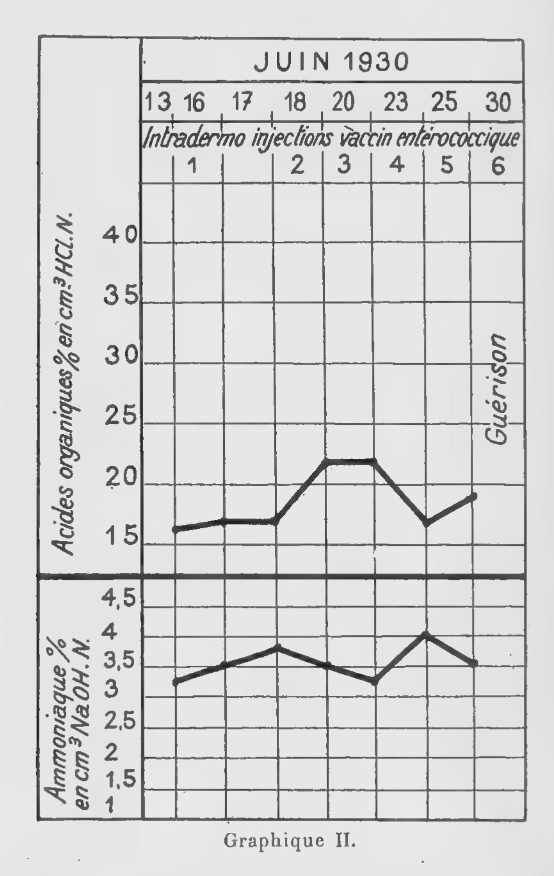
assez réguliers pour chaque enfant, se modifiant à peine au cours de l'évolution de la diathèse et nous pensons qu'on n'en peut tirer aucune conclusion pratique. En effet, l'ammoniaque est un produit très volatil et son dosage est susceptible de causes d'erreur par le mélange des urines.

Les *acides organiques*, au contraire, sont très intéressants à étudier chez les eczémateux.

a) *Allaitement maternel :*

Pendant la période d'invasion de l'affection cutanée, le dosage des acides organiques donne des chiffres élevés variant de 35 à 48 centimètres cubes o/o, exprimés en solution normale d'HCl (HCl N).

Au cours de l'évolution de la maladie, les chiffres des acides



Graphique II.

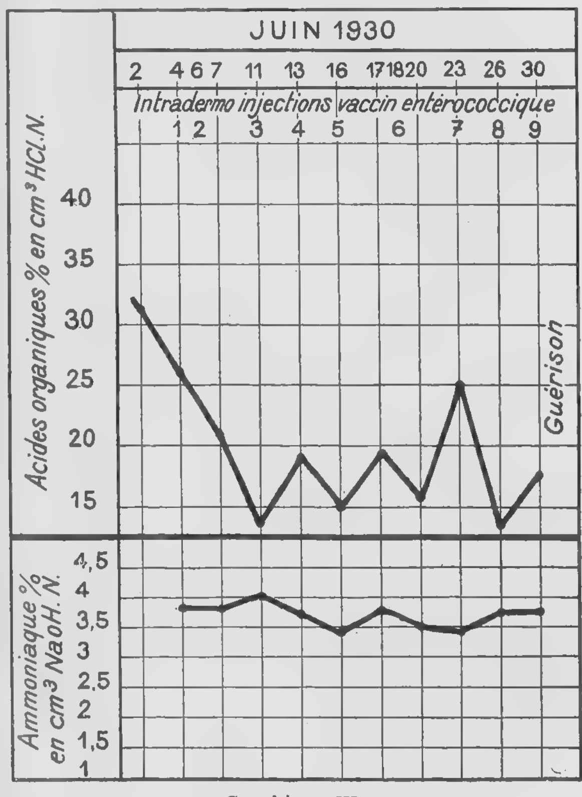
subissent des oscillations importantes, mais restent cependant à un taux relativement élevé.

Lorsque la dermatose s'atténue et lorsque, parallèlement, les selles présentent des modifications objectives d'amélioration, on assiste à une véritable chute de la courbe des acides organiques (Graphique I).

A la guérison, le taux des acides se montre normal : 20 centimètres cubes o/o, et parfois même inférieur à la normale.

b) *Allaitement artificiel :*

Quelle que soit la période de l'affection, les chiffres trouvés sont d'une remarquable fixité, le plus souvent voisins de la normale. Les oscillations constatées sont si minimes qu'on n'en peut faire état (Graphique II).



Graphique III.

c) *Allaitement mixte :*

Le taux des acides organiques est éminemment variable et la courbe s'inscrit entre celle que donnent les enfants nourris au sein et celle fournie par l'allaitement artificiel, se rapprochant cependant beaucoup plus de celle-là que de celle-ci (Graphique III).

L'*examen microscopique des selles* a fourni une indication qui semble paradoxale.

Dans aucun des examens coprologiques des nourrissons au sein, la *flore iodophile* n'a pu être mise en évidence. C'est là un fait sur lequel nous tenons à insister, puisqu'elle se rencontre régulièrement chez le nourrisson normal.

Dans l'*allaitement artificiel*, la *flore iodophile* fait défaut dans la plupart des cas et si nous l'avons observée, ce n'est que d'une façon inconstante. Il en est d'ailleurs de même au cours de l'*allaitement mixte.*

Les *graisses neutres* sont, dans l'ensemble, très fréquentes, parfois même très abondantes chez les nourrissons au sein. Il semble cependant qu'elles diminuent à la période de déclin de la maladie. Chez les enfants nourris artificiellement, elles font défaut dans toutes nos observations.

La *présence des cristaux d'acides gras* ne semble influencée ni par la nourriture ni par l'évolution de la dermatose.

Nous n'avons jamais observé de *savons alcalino-terreux.*

Étude des lysats.

Nous avons étudié le phénomène de d'Hérelle vis-à-vis de l'entérocoque, dans un certain nombre de selles de nourrissons.

Les filtrats obtenus en partant des fèces d'enfants eczémateux ont paru présenter une valeur lytique supérieure à celle des filtrats provenant du contenu intestinal de nourrissons sains.

Il est prématuré de tirer des conclusions de ces expériences; elles mériteraient cependant d'être poursuivies, peut-être en vue d'une application thérapeutique.

Étude des urines (1).

L'étude de l'équilibre acide-base a été entreprise chez un certain nombre de nourrissons eczémateux, mais la difficulté de recueillir les urines a limité le nombre de nos recherches dont l'exposé ne saurait encore être fait.

(1) En collaboration avec Mlle S. Coutière.

Recherches biologiques.

Les constatations bactériologiques ne peuvent conserver leur valeur que si elles sont confirmées par un fait d'ordre biologique.

Les recherches bactériologiques nous avaient amenés à considérer que :

1° dans les squames des lésions épidermiques des nourrissons observés, il existe des cocci en chaînes et en amas ;

2° l'identification des cultures démontre que ces germes sont des entérocoques et non des streptocoques ;

3° l'entérocoque prédomine dans les selles de ces mêmes nourrissons.

Le streptocoque et l'entérocoque sont deux germes morphologiquement très voisins et le premier occupe une place si importante dans l'étiologie d'un grand nombre de dermatoses que malgré l'identification des cultures, nous devions nous demander encore si le microbe isolé n'était pas un streptocoque.

Pour élucider ce point, nous inspirant des recherches de MM. Hudelo, Chêne et Sigwald, des *intradermo-réactions* ont été pratiquées chez 32 nourrissons, au moyen du vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur renfermant 4 milliards de germes par centimètre cube. L'intradermo-injection faite en peau saine comportait une petite goutte de stock-vaccin, soit environ 40 millions de corps microbiens.

L'observation a été poursuivie pendant 3 jours.

Dans 2 cas, l'intradermo-réaction a été très faiblement positive, petite papule de la dimension d'une tête d'épingle disparaissant en 48 heures ; dans tous les autres cas, *la réaction fut négative.*

Consécutivement un vaccin a été préparé en vue de l'étude des intradermo-réactions à l'entérocoque que M. Ch. Gernez, de Lille, a, le premier, appliquées à la clinique.

Préparation du vaccin.

Il est assez difficile d'obtenir une culture pure d'entérocoque, même en partant de squames épidermiques ; il se trouve le plus souvent accompagné d'un bacille à Gram négatif du type coli.

L'isolement des germes peut se faire avec une culture en milieu liquide par passages sur boîtes de Petri ou mieux en gélose de Veillon.

La technique de MM. Ranque et Senez a été adoptée, pour la préparation du vaccin : suspension de corps microbiens dans l'eau physiologique stérile ; atténuation par la solution d'iode pendant 30 minutes, neutralisation de l'excès d'iode par l'hyposulfite de soude. Le vaccin se présente donc sous la forme la plus simple : corps microbiens en suspension, sans lysat ni anatoxine.

Le premier vaccin utilisé contenait 5 milliards de germes par centimètre cube et les intradermo-réactions pratiquées avec cette concentration, puis avec des préparations plus ou moins riches en germes, furent parfois positives et le plus souvent négatives.

Certains nourrissons soumis au test entérococcique intradermique présentaient un des types de la dermite infantile de Jacquet, c'est-à-dire un érythème intertrigo *sans eczématides :*

à la suite de l'injection vaccinale, les eczématides ont fait leur apparition.

Ce phénomène biologique, véritable *phénomène de sensibilisation*, paraît en tous points comparable à celui que MM. Ravaut et Rabeau ont si bien mis en lumière dans leur étude sur les intertrigos à levures : *apparition d'une réaction seconde de type éruptif différent de la lésion initiale, sous l'influence d'un antigène spécifique isolé de la lésion primitive.*

Enfin, le vaccin anti-entérococcique nous a donné des résultats thérapeutiques si inattendus et si intéressants que nous l'avons immédiatement adopté comme méthode de traitement par intradermo-injections sans traitement local.

La thérapeutique vaccinale, les résultats obtenus et l'interprétation des faits feront l'objet d'un deuxième mémoire.

Index bibliographique (1)

Darier (J.). — *In Précis de Dermatologie*, Masson et Cie.

Debre (A.), Goiffon (R.) et Rochefrette. — Les selles des nourrissons normaux au sein et au biberon (essai de syndrome coprologique). *Revue Française de Pédiatrie*, n° 3, 1926.

(1) La bibliographie générale sera donnée avec le deuxième mémoire.

ESCHERICH. — Beitrage zur Kentniss der Darmsbakterien. *Munch. Med. Wochen*, 1886. Monographie de Stuttgard, 1886.

FERRAND (M.). — Dermites des nourrissons. Erythèmes infantiles. *Th. de Paris*, 1908.

GERNEZ (Ch.). — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. *Th. Lille*, 1924.

GOIFFON (R.). — *Manuel de coprologie clinique*, 2e éd. 1905, Masson et Cie, p. 166.

HAUDUROY (P.). — Etudes sur le streptocoque hémolytique et l'entérocoque. *Th. Strasbourg*, 1921.

HUDELO (L), CHENE et SIGWALD. — Intradermo-réaction au vaccin antistreptococcique et antistaphylococcique au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. *Bull. Soc. Derm. et Syph.*, n° 7, 1928.

JACQUET (L.). — Dermites infantiles simples. *In Pratique Dermatologique*, t. I.

LEBARD. — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéïque. *Th. Bordeaux*, 1905.

MARFAN (A. B.). — *Cliniq. Mal. 1re Enfance* 2e série, Masson et Cie, 1928.

MARFAN (A. B.). — *Les affections des voies digestives dans la première enfance*, Masson et Cie, 1930.

MOUSSOUS (A.). — Erythème fessier et eczéma séborrhéïque. *Arch. Méd. des Enfants*, mars 1908.

RAVAUT (P.) et RABEAU (H.). — Parakératoses psoriasiformes sèches et levurides. *Presse Méd.*, n° 91, 1928.

SABOURAUD (R.). — Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. *Annales de Derm. et Syph.*, 3 mémoires, 1900.

THIERCELIN (E.). — Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. *Soc. Biologie*, 15 avril 1899.

THIERCELIN (E). — Du diplocoque intestinal ou entérocoque. Son rôle dans la pathogénie de certaines affections digestives. *Bull. Soc. Pédiatrie*, 1899.

TISSIER (H.). — Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique des nourrissons. *Th. Paris*, 1900.

TRICOIRE. — Note sur certains caractères culturaux de l'entérocoque notamment sur le développement de ce microbe en milieux sucrés. *Compte rendu Soc. Biol.*, 28 février 1920.

WEISSENBACH (R. J.). — Un bon caractère différentiel entre le streptocoque pyogène et l'entérocoque. Résultats de l'ensemencement en eau peptonée glucosée à la bile. *Soc. Biologie*, 8 juin 1918.

ROSÉOLE HISTIOCYTAIRE ATROPHIQUE ET CONGÉNITALE

Par CHATELLIER et IZARD
(Travail de la Clinique de Dermato-Syphiligraphie de l'Université de Toulouse : Prof. Ch. Audry).

Nous avons eu l'occasion d'observer, chez un jeune soldat, une dermatose curieuse. Elle était constituée par une éruption étendue à toute la surface du corps, qui simulait, à premier examen, une roséole généralisée. Mais il s'agissait dans ce cas d'une affection congénitale.

L'examen histologique nous a montré des lésions non moins singulières : tout le derme est parsemé de cellules, isolées ou en amas, de forme, de structure et de disposition étranges.

Dans nos recherches bibliographiques, limitées par le dénuement de nos bibliothèques, nous n'avons pas rencontré la description d'un cas analogue. Nous nous bornerons à donner l'histoire clinique et une description histologique aussi détaillée que possible. D'autres sauront peut-être faire l'identification.

Observation

G... Ludovic, 20 ans, entre à l'hôpital pour une affection cutanée qu'il présente depuis l'enfance.

On ne relève rien dans ses antécédents personnels ou héréditaires ; il est toutefois intéressant de noter que ses trois frères et sa sœur sont indemnes de toute dermopathie congénitale ou acquise.

L'éruption que présente le malade atteint toute la surface du corps en respectant toutefois la paume des mains, la plante des pieds, le prépuce et les bourses, enfin la face et le cuir chevelu. Son aspect varie légèrement suivant le point que l'on considère.

Au niveau des membres, on croirait avoir affaire au premier abord à une roséole papuleuse floride. Il s'agit, en effet, de lésions papuleuses de couleur rose plus ou moins foncé. L'éruption est très mar-

quée sur les avant-bras, sur les cuisses et sur les fesses ; à la partie postérieure des jambes, elle est presque confluente. La station debout, la position pendante des bras, le froid accentuent légèrement la teinte des éléments, qui deviennent quelque peu cyanotiques.

Les dimensions des papules ne dépassent guère le diamètre d'une pièce d'un franc ; leurs contours sont irréguliers ; la pression atténue



Photo I.

leur coloration au point de la faire presque entièrement disparaître. Il n'y a pas d'hyperkératose à leur niveau ; on note seulement un aspect légèrement chagriné ; le toucher ne donne la sensation ni d'infiltration ni d'atrophie dermique.

Sur le tronc et le cou, les éléments sont beaucoup plus petits, la peau est plus nettement chagrinée à leur niveau, enfin, ils présentent une couleur chamois, qui subsiste malgré la pression.

L'éruption s'arrête à la racine des cheveux et ne dépasse pas le rebord maxillaire inférieur.

Les muqueuses sont indemnes.

Les ongles présentent une leuconychie assez marquée, mais sans déformation et sans hyperkératose.



Photo II.

Les fonctions cutanées s'accomplissent normalement. Il n'est pas sans intérêt de noter cependant que le malade, qui exerce la profession pénible de boulanger, transpirerait moins facilement que ses camarades. Réflexe pilo-moteur normal. Réflexes cutanés également normaux.

L'examen du système nerveux et des différents organes est négatif. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.



Photo III.

La réaction de Bordet-Wassermann est négative ; le Hecht ayant laissé un doute, la réaction a été refaite après réactivation, elle a été néga-

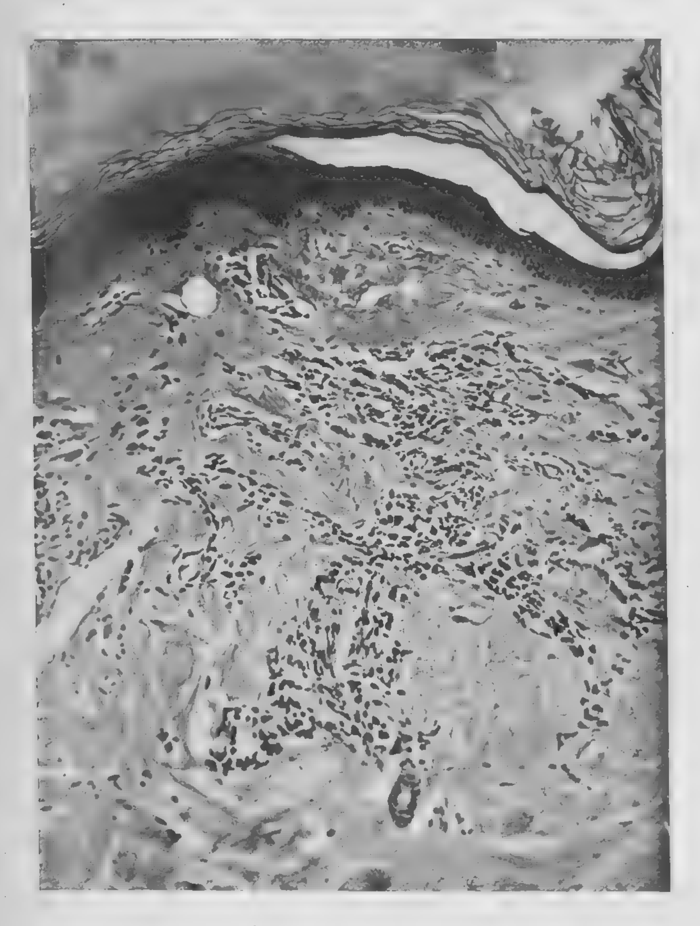
tive. Du reste, le malade ne présente aucun stigmate d'hérédo-syphilis.
L'examen du sang a donné les résultats suivants :



Photo IV.

Hématies : 5.000.000.
Leucocytes : 6.400.

Équilibre leucocytaire	Polynucléaires neutrophiles	51
	» acidophiles	7,5
	» basophiles	3
	Grands mononucléaires	3
	Moyens mononucléaires et lymphocytes	37,5



Microphoto I. G. 130/1.

Une biopsie a été pratiquée au niveau d'une des lésions les plus caractéristiques à l'épaule droite.

Examen histologique. — Le fragment prélevé est fixé au Bouin. Les coupes sont colorées à l'hémalun-éosine-orange ; à l'hématoxyline-Van Gieson ; à l'éosine-orange-bleu de toluidine ; à l'orcéine acide, bleu poly-

chrome ou bleu de toluidine, au trichrome de Masson ; à l'hématoxyline de Mallory ; au magenta-indigo carmin après imprégnation au nitrate d'argent ammoniacal.

Par *a*) Hémalun-éosine-orange. — L'épiderme est légèrement atrophique. Dans le derme, on est immédiatement frappé, au faible grossissement (microphotos I et II) (1) par des traînées et des amas cellulaires, qui occupent toute la hauteur du derme. On en trouve aussi



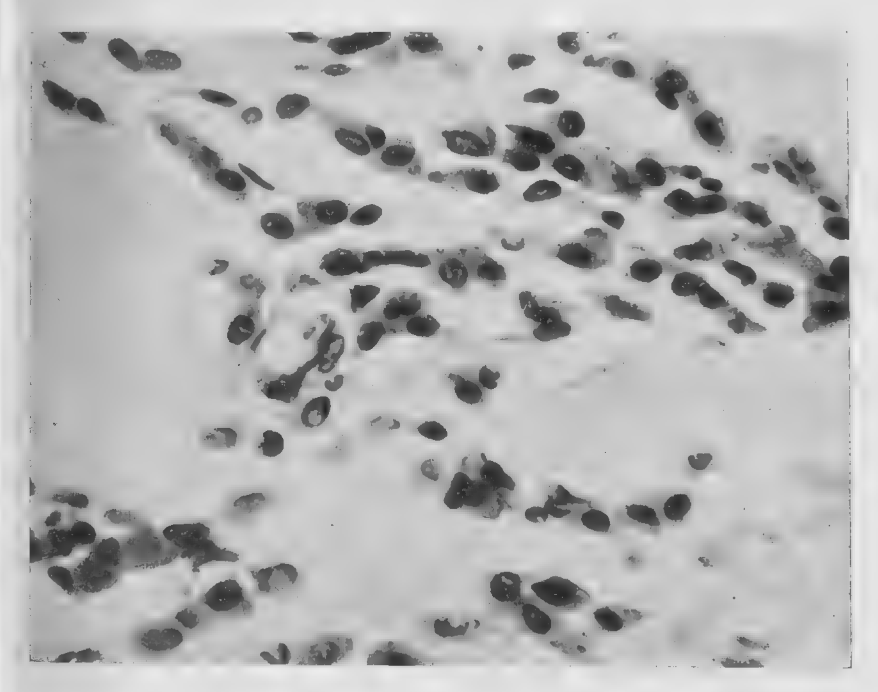
Microphoto II. G. 130/1.

bien dans la zone papillaire, presque au contact de l'épiderme, que dans la région moyenne et aux confins de l'hypoderme. Traînées et amas sont disposés dans les interstices des faisceaux conjonctifs, le long des vaisseaux, autour des glomérules sudoripares, comme aux environs des poils. Par endroits, les traînées cellulaires sont réduites à quelques éléments. Certains d'entre eux sont isolés et bien reconnaissables, sur les microphotos, par la teinte foncée du noyau.

(1) Les microphotographies de cet article sont dues à M. le docteur Bassal, à qui nous renouvelons ici nos vifs remerciements.

En effet, les cellules possèdent un ou deux noyaux qui se colorent fortement tantôt d'une façon dense et homogène, tantôt à la façon du noyau plasmocytaire, dont ils prennent l'aspect et la position excentrique. On distingue parfois un ou deux gros nucléoles. Il est, le plus souvent, très facile de distinguer ces cellules des cellules conjonctives normales, à noyau plus clair. Il existe néanmoins entre ces deux variétés des formes intermédiaires.

Le protoplasma de ces cellules est en général abondant. Sa forme est variable : en général, la cellule est polygonale et irrégulière, surtout quand elles sont entassées. Mais il n'est pas rare de leur voir une forme ovalaire, parfois très effilée, en particulier quand elles sont isolées dans un interstice ou accolées à une paroi vasculaire. Le protoplasma prend vivement l'éosine. Il paraît homogène. Un très fort grossissement seul laisse deviner un aspect légèrement grenu (Microphoto III).



Microphoto III. G. 700/1.

b) Colorations par bleu polychrome et bleu de toluidine. — Les bleus révèlent des détails nouveaux. En effet, on constate que ces éléments sont avides de ces colorants. La cellule est colorée avec une telle

intensité qu'on ne reconnaît plus le noyau. Pour distinguer celui-ci, il faut pousser la différenciation à l'extrême. Les éléments normaux sont alors à peine teintés. On s'aperçoit alors que le protoplasma est bourré de granulations fines, teintées en bleu ; quelques-unes, plus grosses, sont identiques aux granulations métachromatiques des mastzellen ; on devine le fond oxyphile du protoplasma. Mais surtout ces colorants permettent de préciser la forme cellulaire. L'aspect polygonal fait le plus souvent place à une disposition effilée : on suit, grâce aux granulations, les fins prolongements cellulaires, qui créent des anastomoses entre les différents éléments. Il en résulte un véritable aspect réticulé qu'on soupçonne un peu dans la microphoto III. Par ces colorants, on se rend encore mieux compte des rapports de ces cellules avec les cellules endothéliales. On retrouve, par place, ces cellules granuleuses dans l'endothélium vasculaire (voir III).

Par l'hématoxyline de Mallory, les granulations prennent une teinte ocre pâle, et paraissent beaucoup plus volumineuses. L'imprégnation au nitrate d'argent n'affecte aucun de ces éléments, dont les granulations sont vivement colorées en rouge par le magenta.

Le tissu conjonctif est normal.

Au contraire, le tissu élastique est *considérablement diminué dans la zone papillaire* où l'on ne voit que de rares fibrilles ténues. Dans le derme, il est représenté par de gros tronçons, parfois segmentés à la façon d'articles mycéliens.

Les sudoripares nous ont paru, comme les poils, moins nombreux qu'à l'état normal.

En résumé, dans le derme, on trouve, disséminées isolément ou accumulées en amas denses, des cellules bourrées de granulations, les unes basophiles, les autres métachromatiques. Il s'agit de toute évidence d'une malformation, d'un véritable nævus. D'après leurs caractères et leur disposition, nous verrions volontiers, dans ces cellules, des éléments du tissu réticulo-endothélial, mis en relief par leur surcharge granulaire. Nous trouvons une justification de notre conception dans la ressemblance de ces cellules avec des mastzellen (cf. Hudelo et Cailliau. Tissu réticulo-endothélial, *Annales de Dermatologie*, 1929, p. 145).

L'ASSOCIATION DES AFFECTIONS TUBERCULEUSES DE LA PEAU AVEC CELLES DES AUTRES ORGANES

Par N.-C. VAN VONNO.
Breda. Hollande.

INTRODUCTION

Le lupus, nom générique par lequel on désigne une affection tuberculeuse de la peau ou des muqueuses, apparaissant sous des formes, des aspects et en des points très différents, a fait déjà, dans la littérature médicale l'objet de nombreuses descriptions, tant du côté néerlandais qu'à l'étranger. Il y aura lieu de noter la pauvreté de la littérature en ce qui concerne les associations de cette maladie avec d'autres formes de la tuberculose. Ceci, parce que, d'une manière générale, on ne peut parler d'une véritable conjugaison. Il est remarquable également que, dans la littérature, les tuberculoses des différents organes soient généralement l'objet d'études séparées et qu'il ne soit pas le plus souvent, tenu compte de l'aspect de la peau. Si étendues, si complètes, si développées que puissent être de pareilles statistiques, il n'y est généralement pas question d'une description de la peau.

Il semblait donc indiqué de rechercher quelques données faisant exception à cette règle, pouvant se prêter à une classification statistique et critique et permettant de parler de tuberculose manifeste avec un diagnostic exact au moyen de réactions spécifiques (réaction de Pirquet), d'examen des crachats, d'examens radiologiques, etc. Nous avons pu trouver les données les plus complètes dans les comptes rendus très développés du Conseil du Travail de Breda (Hollande), où l'on trouve, pour la plupart des cas, non seulement un rapport, mais encore généralement une observation clinique circonstanciée de la maladie, une ou plusieurs radiographies,

de même qu'un court rapport d'un spécialiste des maladies internes, une série de rapports plus ou moins étendus du médecin du Sanatorium et un important rapport final, de même que quelques contrôles. Les données que j'ai recueillies auprès du bureau de consultations de l'Association néerlandaise pour la lutte contre la tuberculose, embrassaient un nombre plus grand de cas et elles étaient malgré leur brièveté, très complètes. Intéressant également était le fait que, dans cette catégorie, les cas aient pu être suivis durant un aussi long laps de temps, ce qui permit de faire ressortir d'autant mieux la nature exacte et la marche de la maladie.

Il m'a paru utile de rechercher les tuberculoses éventuelles d'autres organes chez les malades présentant des tuberculoses cutanées incontestables, pour pouvoir les comparer avec les cas précédemment examinés habitant le même pays. Beaucoup d'auteurs ont constaté l'absence de tuberculose pulmonaire chez la plupart des malades atteints de lupus. J'ai voulu me rendre compte si des tuberculoses d'autres organes pouvaient être décelées chez les malades présentant des lésions tuberculeuses cutanées. Ayant depuis quelque temps constaté cette possibilité, j'ai pu facilement classer et cataloguer tous les cas de tuberculose cutanée de ma clientèle. J'ai noté également la durée de la tuberculose cutanée et l'âge du malade au moment des premières manifestations cutanées, son sexe et son métier et, comme je l'ai fait dans mes tableaux précédents, s'il habitait la ville ou la campagne. D'autres auteurs ont également noté la profession de leurs malades, mais le lecteur attentif sera d'accord avec moi qu'il est impossible d'en faire une classification. Je n'ai pas réussi à les grouper. J'ai donc comme auparavant distingué seulement la provenance urbaine ou rurale du malade. La durée de la tuberculose cutanée était très importante; plus elle était ancienne, mieux je pouvais suivre le développement des complications éventuelles. J'ai signalé également l'âge du malade au moment des premières manifestations cutanées et au moment de l'apparition des complications ainsi que l'existence éventuelle de tuberculose cutanée parmi les membres de sa famille et les décès causés par des processus tuberculeux autant que je pouvais m'en rendre compte. Au diagnostic j'ai ajouté les localisations des lésions. J'y joindrai une discussion de la doctrine sur l'immunité de la peau et des questions qu'elle suscite, ainsi que les conceptions

d'autres auteurs de ce sujet. Je m'excuse auprès de mes lecteurs des lacunes qu'ils trouveront sans doute dans mon exposé, mes chiffres provenant exclusivement de la pratique courante et étant de ce fait incomplets. Ces lignes écrites par un praticien sont destinées à des praticiens.

J'ai pu réunir de 1919 jusqu'au 1er janvier 1930, 253 cas de tuberculose cutanée traités à l'hôpital ou au dispensaire. Ils proviennent du même pays que ceux de la statistique précédente, c'est-à-dire de la partie occidentale de la province de Brabant. Dans cette partie des Pays-Bas, la population est assez stable aussi bien dans les villes que dans les villages et à la campagne. Cela est important pour cette enquête, car les grandes villes à populations flottantes empêchent un contrôle rigoureux. En comparaison avec d'autres parties de la Hollande, la province de Brabant montre un minimum de fluctuations dans le chiffre de la morbidité tuberculeuse, ce qui nous permet d'éviter des erreurs possibles dans nos calculs. Il serait intéressant de comparer les différentes parties de la Hollande entre elles quant à la relation entre la tuberculose cutanée et la tuberculose pulmonaire.

*
* *

Dans mon enquête, j'ai rangé parmi les tuberculoses cutanées :

1) lupus (151 cas)

2) Tuberculose ulcéreuse (11 cas)

3) Tuberculose gommeuse (42 cas)

4) Tuberculose indurée (22 cas)

5) Tuberculose lichénoïde, papulonécrotique, en un seul groupe (25 cas).

6) Tuberculose verruqueuse (2 cas)

dont 169 femmes et 84 hommes.

C'est nécessaire de donner dans ce travail une place bien méritée à la tuberculose d'auto-inoculation par la voie cutanée. Ce sont des lésions qui résultent de l'auto-inoculation des bacilles qu'émettent les phtisiques dans leurs crachats et dans leurs selles. C'est en dehors de l'ulcère tuberculeux de la bouche et de la gorge, surtout la tuberculose verruqueuse (2 cas). C'est une forme de tuberculose cutanée qui est cependant notablement plus riche en bacilles que,

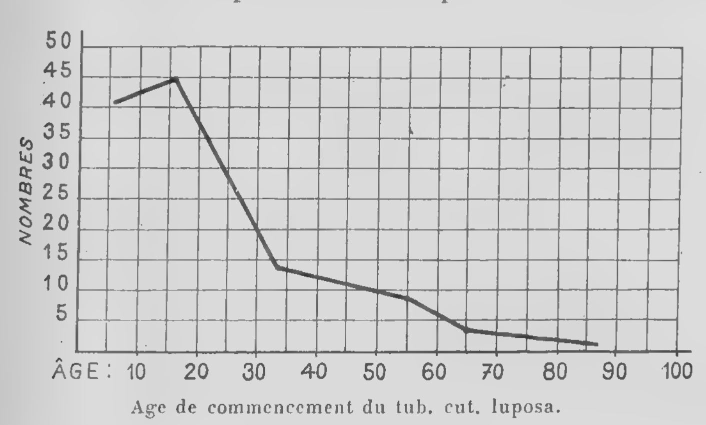
TABLEAU I

Age des cas. Durée des affections tuberculeuses.

Age		0-20				21-40				41-60				61 et plus			
Durée des affections cutanées	poumons	jusqu'à 1 an	3 ans	10 ans	au-dessus de 10 ans	jusqu'à 1 an	3 ans	10 ans	au-dessus de 10 ans	jusqu'à 1 an	3 ans	10 ans	au-dessus de 10 ans	jusqu'à 1 an	3 ans	10 ans	au dessus de 10 ans
Tub. cut. luposa .	malade .	—	—	—	3	—	4	4	4	—	2	—	—	1	1	—	—
Tub. cut. ulcér. .	sain . .	2	6	18	8	4	14	17	20	3	13	9	9	6	6	1	—
Tub. colliq. . .	malade .	—	—	—	—	—	—	1	2	—	—	—	—	—	—	—	—
	sain . .	2	4	3	2	—	—	7	5	3	3	—	6	4	—	—	—
Tub. cut. indur. .	malade .	—	—	—	—	—	—	1	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	sain . .	—	—	3	4	4	2	3	3	2	—	—	—	—	—	—	—
Totaux	malade .	—	—	—	3	—	4	6	7	—	2	—	—	1	1	—	—
	sain . .	4	10	24	14	8	16	27	27	8	16	9	15	10	4	1	—
Pourcentage		6,6 o/o				16,2 o/o				4 o/o				12,5 o/o			

par exemple, le lupus vulgaire. La tuberculose verruqueuse résulte dans mes cas d'une inoculation externe (un phtisique, un boucher). 64 o/o de ces malades venaient de la campagne, 36 o/o des villes. Ce qui m'a immédiatement frappé c'est que parmi ces 253 malades, 182 avaient eu des lésions ganglionnaires. La très grande majorité présentait en effet des cicatrices au cou ou dans la région sous-maxillaire, restes d'anciennes suppurations ganglionnaires tuberculeuses. La plupart des tuberculoses cutanées commencent dans les premières décades de la vie, spécialement le lupus; pour tous les cas j'ai établi le tableau I.

Parmi les 151 cas de lupus, 101 concernent des femmes, 50 des hommes (voir tableau II). Les cinq huitièmes de ces malades ont eu leur lupus de 20 à 90 ans au moment de l'apparition de leur lésion. Comme trois de mes malades avaient 62, 65 et 91 ans, on peut dire que la vieillesse ne met pas à l'abri du lupus.



Age de commencement du tub. cut. luposa.

TABLEAU II

Lésions primaires du lupus (tuberculosis cutis luposa).

Endroit	Hommes (50)	Femmes (101)
Cuir chevelu	1	3
Visage	19	63
Cou	9	9
Tronc	2	5
Bras	11	10
Jambe (s)	5	9
App. génital	2	—
Nates	1	2

Un quart des 42 cas de tuberculose gommeuse (22 femmes et 20 hommes) avaient dépassé 25 ans.

Les 22 cas de tuberculose indurée, dont 18 femmes, étaient tous au-dessous de leur vingtième année.

Les 11 cas de tuberculose ulcéreuse concernaient 6 femmes et 5 hommes. Dans le cinquième groupe, 10 avaient moins de 10 ans, mais la plupart de ces malades étaient plus âgés.

Le tableau III donne les chiffres de l'association des affections tuberculeuses de la peau avec celles des autres organes.

Dans le tableau IV on peut trouver les chiffres indiquant l'association de la tuberculose d'un organe avant et après la tuberculose de la peau.

Il fut souvent difficile d'avoir des données sur l'existence de cas de tuberculose dans les familles des malades ; elles ont été fournies

Tableau III

L'association des affections tuberculeuses de la peau avec celles des autres organes.

	Tub. cutis luposa	Tub. ulcerosa	Tuberc. colliq.	Tuberc. indurée	Tub. lich. pap. nécr.	Tub. verrucosa
Tuberc. des poumons. .	18	1	8	3	1	—
Tuberc. des ganglions lymphatiques . . .	121	9	32	44	2	2
Tuberc. des os	4	2	4	—	—	—
Tuberc. des yeux . . .	11	1	1	1	1	—

en partie par les malades eux-mêmes, en partie par des confrères, que je remercie de leur complaisance.

J'ai ainsi constaté que 46 de mes 253 malades avaient dans leurs familles des cas de tuberculose, dont 21 tuberculoses des poumons ou d'autres organes, 14 lupus et 11 combinaisons de lupus et d'au-

Tableau IV

A = Tuberculose d'un organe avant la tuberculose de la peau.
B = Tuberculose d'un organe après la tuberculose de la peau.

	151 cas		11 cas		42 cas		22 cas		25 cas		2 cas	
	tub. lup.		tub. ulc.		tub. colliq.		tub. ind.		tub. lich. et pap. nécr.		tub. verruc.	
	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A	B
Tub. des poumons .	6	12	—	1	1 (?)	2	—	1	—	1	—	2
Tub. des ganglions lymphatiques . .	108	4	8	1	30	2	11	3	3	1	—	—
Tub. des os . . .	4	—	2	—	1	3 (?)	—	—	—	—	—	—
Tub. des yeux . .	9	1	1	—	1	—	—	1	—	—	—	—

tres localisations tuberculeuses. Je n'ai tenu compte que des cas absolument certains, écartant les cas douteux et j'ai exigé la confirmation des diagnostics « tuberculose pulmonaire » par un rapport du Conseil du Travail de Breda ou de Roosendaal ou une déclaration de sanatorium, de médecin spécialiste ou de dispensaire antituberculeux. Mes résultats concordent avec ceux d'autres auteurs qui ont également constaté le caractère familial du lupus et de la tuberculose en général. Ces affections doivent toutefois avoir un caractère bénin, car aucun de mes malades présentant une tuberculose cutanée n'est mort de tuberculose. Je n'ai donc pas pu confirmer l'aggravation d'une tuberculose pulmonaire par une tuberculose cutanée, remarquée par d'autres auteurs (voir par exemple les résultats de Rost). J'ai bien constaté que plus la tuberculose cutanée était ancienne, plus la tuberculose pulmonaire était fréquente. Plus le porteur d'un lupus est jeune, moins on trouve de lésions pulmonaires. Entre 30 et 40 ans, la combinaison de tuberculose cuta-

née et pulmonaire est plus fréquente. Je reviendrai plus tard sur ce point.

Encore une question à laquelle je trouve une réponse dans les cas que j'ai observés.

Le malade atteint de lupus meurt-il plus vite que le tuberculeux indemne de lésions cutanées ?

J'ai pu avoir des données sur la mort éventuelle et sur la cause du décès chez la plupart de mes malades. Comme date initiale de leur maladie j'ai dû, faute de mieux, prendre le jour où ils se sont présentés au dispensaire ou devant le Conseil du travail. Il va de soi que leur maladie avait quelquefois débuté bien avant. Dans beaucoup de cas d'ailleurs, je savais par le malade, à quelle époque il avait commencé à avoir les premiers symptômes de la maladie, consistant généralement en toux et expectoration, et j'ai alors considéré ce moment comme le début de la maladie.

Parmi 1.102 personnes ayant visité le dispensaire, 99 avaient sûrement une tuberculose pulmonaire (il y en avait certainement davantage, mais de ceux-là le diagnostic n'était pas absolument sûr), dont 36 ou près de 40 o/o sont morts, en général pas longtemps, de 1 mois à 11 ans après. Vingt-six de ces 36 malades sont morts dans les deux ans, la plupart en bien moins de temps. Chez 7 d'entre eux, la tuberculose pulmonaire était combinée avec des lésions bacillaires d'autres organes, comme on le verra dans le tableau ci-joint. Parmi les 36 morts, 24 avaient habité la ville, et 12 seulement venaient de la campagne. Il y a peut-être ici une relation avec la proportion des origines dans l'ensemble de mes malades (306 cas d'origine rurale, 796 venant des villes). Si l'on a trouvé ailleurs que la tuberculose était plus répandue à la campagne qu'à la ville, la province examinée par moi ne suit pas cette règle générale.

J'ai pu classer de la même manière les dossiers du Conseil du travail : parmi 98 malades, 51 avaient sûrement une tuberculose pulmonaire (il y en avait plus, mais je me suis borné aux cas à diagnostic absolument sûr). Treize de ces 51 sont morts, donc environ 25 o/o. Il est frappant qu'ils sont morts en l'espace de 3 ans et demi, donc assez vite, 12 en deçà de 2 ans, la plupart plus vite encore. Trois d'entre eux avaient une tuberculose pulmonaire, combinée avec des localisations bacillaires dans d'autres organes, voir le

tableau ci-joint. Parmi ces 13 cas mortels, 7 étaient d'origine rurale, 6 avaient habité la ville.

	Nombre des malades	Tuberc. pulmon.	Mortalité	Combin. tuberc.	Ville	Camp	Morts en 2 ans
Dispensaire .	1.102	99	36	7	24	12	26
Conseil du Travail. .	98	51	13	2	6	7	12

Donc dans les deux catégories, 25 o/o environ des malades sont morts en moins de deux ans ; c'est beaucoup. Nous comparerons ci-dessous ces chiffres à ceux relevés dans les cas de lupus (en Brabant occidental). Car il est intéressant de voir si un malade porteur d'un lupus (compliqué ou non de tuberculose interne) meurt plus vite qu'un tuberculeux sans manifestations cutanées. Ayant traité de ceux-ci, nous allons maintenant examiner les cas de lupus.

Ce n'était pas une tâche facile, et je n'ai pas pu calculer ma statistique sur la totalité des cas. Sur 253 cas de lupus, j'en ai pu suivre 200, ce sont donc ces 200 cas que je peux comparer avec mes tuberculeux non compliqués. Combien de ces lupus avaient en même temps une tuberculose organique ? C'est ce que j'ai exposé dans les tableaux précédents. Il ne me reste plus qu'à répondre à la question, si un lupus, compliqué ou non de tuberculose interne, conduit à une mort plus précoce qu'une tuberculose sans manifestations cutanées.

Vingt et un de mes malades à lupus sont morts, donc environ 10 o/o. Voici les causes de décès :

Tuberculose généralisée.	3
» pulmonaire.	2
Méningite tuberculeuse.	1
Pneumonie	4
Maladies infectieuses.	2
Autres maladies	9

La mortalité de la tuberculose cutanée est donc inférieure à celle de la tuberculose sans manifestations cutanées. Comment expliquer cette différence ?

Sans vouloir approfondir la doctrine de la prédisposition à la tuberculose, on peut dire que tous les hommes ont la prédisposition à être infectés par le bacille tuberculeux. Il n'est pas probable qu'il existe chez l'homme une immunité innée contre la tuberculose.

Un grand nombre d'autopsies et d'expériences ont prouvé que presque tous les hommes ont été contaminés par le bacille tuberculeux, abstraction faite des particularités de son développement, dépendant de l'individu, de la famille, ou de la race. Mon enquête a démontré que le lupus est très rare chez les tuberculeux pulmonaires, ce qui indique que la peau est de toutes les parties de l'organisme la moins disposée à contracter la maladie. De toutes les combinaisons de la tuberculose pulmonaire avec des localisations dans d'autres organes, celle avec une tuberculose cutanée est la plus rare. Peut-être la basse température, les conditions chimiques et anatomiques de la peau s'opposent-elles au développement du bacille, expliquant ainsi la moindre disposition à l'infection bacillaire de la peau. Mes statistiques montrent que la tuberculose cutanée est moins fréquente que les localisations bacillaires dans d'autres organes. Elle est en outre relativement bénigne et lente dans son développement en comparaison à la tuberculose interne, et sa mortalité est inférieure à celle de la tuberculose pulmonaire.

La peau paraît être un mauvais milieu de culture pour le bacille tuberculeux, les bacilles y sont plus rares que dans les localisations organiques et leur vitalité y est diminuée, et ce sont là deux circonstances grâce auxquelles la peau profite mieux de l'immunité acquise par chaque individu résultant de l'infection bacillaire latente universellement répandue. Cela explique que j'ai trouvé une mortalité pour le lupus (10 o/o) inférieure à celle de la tuberculose pulmonaire (40 o/o et 25 o/o). En somme, 3 o/o seulement des lupiques sont morts d'une affection tuberculeuse. Ces chiffres sont éloquents.

* * *

Raudnitz, de l'école de Pick, émit l'opinion en 1882, que le lupus et la tuberculose ne pouvaient pas avoir la même étiologie, parce qu'on voit trop rarement les deux maladies chez le même individu. Pontoppidan soutenait la même thèse, au même moment, à Copenha-

gue. Ce fut en 1883 seulement que Baumgarten considéra le lupus comme une forme de tuberculose, et la découverte du bacille tuberculeux par Koch ne laissa subsister aucun doute. Je n'énumérerai pas ici les différentes méthodes d'identification de la tuberculose cutanée, et je me bornerai à dire que le critérium essentiel de la nature tuberculeuse d'une affection cutanée est la présence du bacille tuberculeux. J'ai donc écarté de mon enquête les affections cutanées dans lesquelles le rôle étiologique du bacille de Koch, tout en étant indéniable, n'a pu être élucidé de façon précise, je veux dire le lupus érythémateux, le *lupus pernio* et la sarcoïde de Bœck. L'identité de ces maladies donne lieu à trop de controverses actuellement pour qu'elles puissent servir à mon enquête.

On pourra tirer cette conclusion de mes résultats, que généralement la tuberculose cutanée n'est pas primitive. On dirait plutôt qu'elle se greffe sur un organisme déjà tuberculisé. Je me rappelle sous ce rapport un cas récent de ma clientèle : il s'agit d'une dame traitée depuis de longues années pour un lupus vulgaire et qui devait subir une cholécystectomie. Pendant l'opération, le chirurgien découvrit une série de ganglions lymphatiques fortement hypertrophiés dans la partie supérieure de l'abdomen. L'examen histologique d'un de ces ganglions démontra l'existence d'une dégénérescence caséeuse tuberculeuse. Peu de temps avant l'opération, j'avais fait examiner la malade par un spécialiste phtisiologue, mais aucun signe de tuberculose ne put être décelé, radiographie négative, température normale, bref la dame jouissait d'une bonne santé. Ceci prouve que l'absence de signes décelables par nos méthodes n'exclut pas la présence de lésions tuberculeuses. Il est d'autant plus frappant que près de 72 o/o de mes malades souffrant de tuberculose cutanée avérée, ont présenté autrefois des lésions ganglionnaires tuberculeuses ; je ne crois pas que d'autres auteurs aient attiré l'attention avec autant d'insistance sur ce point. Le chiffre qui ressort de mon enquête est significatif. Dans les dossiers des malades souffrant de lupus, les données sur les lésions ganglionnaires font généralement défaut. Sans doute un lupus peut survenir chez un enfant après une maladie infectieuse et la rougeole surtout est mal famée sous ce rapport. Mais la plupart des malades ont eu leur lupus après une tuberculose ganglionnaire généralement ouverte. La très grande majorité des lupiques présente des

cicatrices d'anciennes tuberculoses ganglionnaires suppurées. J'ai noté la localisation de ces adénites chez mes malades et j'ai trouvé des ganglions tuméfiés à d'autres endroits du corps chez 14 de mes malades, mais les localisations au cou forment le plus grand contingent.

E. Hoffmann, Keller et Schilling, Rost, Keller, Marchio ont tous parlé de la fonction immunisante de la peau. Mes cas n'ont pas confirmé cette conception. La grande résistance de la peau n'est pas fonction de son pouvoir immunisant. *Je persiste à appeler la tuberculose cutanée une tuberculose endogène*, car le pourcentage des localisations ganglionnaires, précédant chez les malades l'éclosion de leurs lésions cutanées (72 o/o), indique la provenance étiologique de celle-ci. Je suis donc d'avis que *le système lymphatique produit les anticorps*. A la lumière de ces données, je peux soumettre à une critique approfondie la publication du docteur E. Hoffmann (« L'action immunisante et curative de l'ésophylaxie de la peau, dirigée vers l'intérieur de l'organisme ») (1). L'action protectrice de la peau existe sans doute ; je rappelle comme exemple son rôle défensif dans les infections aiguës, où l'élimination des toxines est surtout importante. Mais le fait que la peau, au cours de la phylogenèse et de l'autogenèse se soit développée comme organe de protection ésophylactique et, par une réaction inflammatoire, puisse anéantir ou affaiblir des parasites ou des poisons, ne prouve pas qu'elle produise des anticorps antituberculeux. Une telle production n'est pas non plus prouvée par le renforcement de sa fonction protectrice sous l'influence de la lumière, en particulier des rayons ultra-violets, ni par l'antagonisme apparent entre la peau et les organes internes dans l'infection tuberculeuse, ni enfin par les réactions allergiques de la peau. Le rôle immunisant qu'on attribue à la peau dans la syphilis revient également, selon moi, au système lymphatique.

*
* *

(1) Hoffmann entend par ésophylaxie une action protectrice exercée par la peau comme organe sur le corps entier contre toute influence nocive endo- et exogène. Il a déjà appelé cette action « ésophylaxie ». Déc. 1919.

Le microbe lui-même exerce une influence sur la peau. Königsfeld a démontré sur des cobayes que les bacilles tuberculeux peuvent passer à travers la peau intacte, sans y laisser de traces microscopiques. Si, au contraire, la peau était lésée, les bacilles y provoquent des lésions à leur passage. Il y a là sans doute un phénomène de filtration, comme Böhme l'a décrit. Pourtant des expériences avec d'autres germes (diphtérie, scarlatine) ont donné des résultats négatifs. Cela démontre que le principe de l'immunité locale de Besredka est faux. On n'a jamais pu démontrer l'existence d'anticorps spécifiques dans la peau. Fellner a cru trouver dans les papules des réactions de Pirquet positives chez les tuberculeux des substances qui renforçaient les réactions tuberculiniques et qu'il appelait procutines. Klemperer et Bessau, en répétant les expériences de Fellner, n'ont pas trouvé ces substances, quoique Martenstein, Jadassohn et Thomas aient confirmé les découvertes de Fellner. Mais ces procutines n'ont jamais été identifiées. On a peut-être le droit de considérer une réaction de Pirquet ou de Ponndorf comme une tuberculose locale, la thérapeutique tuberculinique de la tuberculose cutanée n'a jamais eu aucun succès. Les rares fois que je l'ai essayée dans ma clientèle, elle m'a paru plutôt néfaste. L'allergie prononcée de la peau vis-à-vis de la tuberculose humaine ne plaide pas en faveur de la production d'anticorps antituberculeux par la peau. Je crois savoir que les injections intradermiques de tuberculine ne sont plus employées dans le traitement des tuberculoses cutanées. Les expériences très récentes et les applications du vaccin de Calmette n'ont pas non plus démontré l'existence d'une ésophylaxie de la peau, ni fourni un traitement spécifique de la tuberculose cutanée.

La chimiothérapie de la tuberculose, très moderne mais assez dangereuse (supragol, autophos, sanocrysine, lopion), a rendu tout à fait invraisemblable la fonction ésophylactique de la peau. Car ce n'est certes pas à un renforcement de l'immunité générale qu'on vise avec cette théorie et les réactions qu'on espère provoquer avec elle n'ont jamais pu être constatées au niveau de la peau, abstraction faite d'une réaction curative. On n'a pu provoquer que des réactions de force, au préjudice du malade, démontrant l'existence d'une tuberculose interne. La fièvre, le malaise et les symptômes généraux traduisaient l'irritation d'un organe malade, incontrôlable

par la dose du sel d'or. Ce n'est pas pour rien qu'on doit commencer par des doses minimes (0,0001). Et on ne les préconise pas pour activer les anticorps ou accélérer leur production, je pense. L'absence de toute réaction de la peau prouve l'absence de toute activité de ce côté pendant l'administration des sels d'or. Cela explique peut-être son efficacité minime. Je me rappelle un spécialiste hollandais, qui dans un cas de tuberculose cutanée a injecté 73 fois, en tout 13 grammes de sel d'or à son malade (excusez du peu !) ; je refuse de considérer cela comme un procédé immunobiologique.

*
* *

A quelles lois biologiques obéit alors la tuberculose cutanée? La marche de l'affection dépendra de l'état de l'organisme au moment où elle s'installe. Le développement de la tuberculose cutanée dépend d'abord de l'état d'immunité de l'organisme, et puis de la virulence des microbes. Selon moi, la forme sous laquelle se présentera la tuberculose cutanée, dépend également de l'état d'immunité de l'organisme. Les différentes manières de réagir, que présente la peau, déterminent les différents aspects de la tuberculose cutanée. La meilleure classification de ces différentes formes s'obtient en tenant compte des rapports qui existent entre elles et l'état d'immunité de l'organisme. Les phénomènes biologiques propres à ces affections sont plus importants que leur morphologie que je laisse de côté dans cet exposé. Je passe également sous silence la bactériologie, l'histologie, les réactions de fixation du complément (Wassermann, Besredka et autres), les réactions tuberculiniques (Pirquet, Mantoux, Moro). Je ne parlerai pas non plus des expériences de Bessau.

Les propriétés biologiques de la peau sont étroitement liées à la sensibilité réactionnelle, variable selon que la tuberculose est active ou latente. Dans la tuberculose active, l'organisme lutte contre le virus et possède de ce fait une sensibilité réactionnelle maxima. *Le mécanisme de défense spécifique est engendré dans les ganglions lymphatiques satellites.* On ne peut pas renforcer la réactivité de la peau avec de la tuberculine dans les formes actives. Le courant lymphatique entretien la sensibilité réactionnelle de la peau. La

moindre irritation spécifique de la peau engendre la production d'anticorps par les ganglions satellites. *Le système lymphatique produit les anticorps.* C'est donc une erreur de juger l'état d'immunité de l'organisme d'après l'allergie tuberculinique locale de la peau, l'allergie et l'immunité n'ont aucun rapport entre elles. Les réactions de la peau n'autorisent point à conclure à une production d'anticorps par la peau. La conception de l'immunité est de nature téléologique. L'allergie et l'immunité peuvent se comporter d'une façon parallèle ; nous l'avons vu dans le cas dont j'ai parlé, après une rougeole on les voit diminuer toutes les deux. Mais cela ne veut pas dire qu'il existe une relation entre les deux. Klopstock l'a bien dit (*Klin. Woch.*, 1925, p. 118) : dans une infection tuberculeuse, la sensibilité de la peau et la bénignité du processus ne vont pas de pair. En admettant que dans toutes les tuberculoses cutanées le bacille tuberculeux ait été trouvé, j'ajoute *que la lésion primaire ne se trouve pas dans la peau. Je n'admets pas de tuberculose cutanée exogène, me basant pour cela sur les données de la pratique et sur des raisonnements biologiques.* Voilà donc une différence avec la syphilis. En appliquant la notion des périodes, connue dans la syphilis, à la tuberculose, je voudrais appeler le lupus une manifestation secondaire de l'infection bacillaire. La tuberculose cutanée, en tout cas dans ses formes exanthématiques, est une métastase lymphogène d'un foyer interne, et le type en est la forme gommeuse, où l'infection est peut-être charriée par les cellules migratrices. Pour le moment, je n'admets pas d'étiologie exogène, en laissant de côté la possibilité d'une surinfection. Pour moi un processus tuberculeux quelconque dépend donc de l'état d'immunité de l'organisme. Je n'ose pas toutefois grouper les différentes formes de tuberculose cutanée d'après le degré d'immunité de l'organisme comme le font d'autres auteurs (formes immunobiologiques). C'est pourquoi j'ai cru devoir laisser de côté la description des différentes formes de tuberculose cutanée.

Dans la genèse de la tuberculose cutanée, l'immunité joue un rôle important. Dans mes cas que j'attribue sans exception à une infection endogène, les bacilles tuberculeux ont donc attaqué la peau de l'intérieur. Les individus étaient déjà porteurs de lésions tuberculeuses. Le caractère que prendra la tuberculose cutanée dépend du nombre de bacilles (comme je l'ai déjà dit) et de la quan-

tité d'anticorps de l'organisme. Ce sont là des notions relatives. 72 o/o de mes malades avaient eu des ganglions tuberculeux, cela veut dire que *leur tuberculose cutanée était originaire de ganglions sous-cutanés. C'est, selon moi, le cas le plus fréquent. Avant l'apparition des lésions cutanées, il existait donc déjà une tuberculose manifeste dans l'organisme.* Le malade a donc pu produire des anticorps dans une certaine mesure. *La cutiréaction de Pirquet, qui fut positive chez 78 o/o de mes malades à tuberculose ganglionnaire initiale, en est la preuve.* Ces anticorps s'opposent au développement des lésions cutanées ; c'est à eux que j'attribue l'immunité de la peau, celle-ci ne les produit pas. On dira que cela ne s'accorde pas avec la ténacité bien connue du lupus. Mais les bacilles ne se multiplient pas dans la peau, mais bien dans les organes sous-jacents qui s'y prêtent mieux par leurs conditions anatomiques, et leur température. C'est pourquoi on trouve la majorité des bacilles tuberculeux dans les ganglions lymphatiques, beaucoup plus que dans la peau, où on les démontre difficilement. La peau est ensemencée par le réservoir de virus contenu dans les ganglions. La formation de scrofulodermes autour d'un ganglion perforé au cou ou à l'angle de la mâchoire est bien connue. J'ai très souvent vu se développer un lupus progressif à partir de ganglions tuberculeux. C'est l'infection de la peau chez un individu tuberculeux. Dans les cas de tuberculose cutanée et ganglionnaire combinées, j'ai toujours traité les ganglions aux rayons X. Personne ne niera l'heureuse influence de ce traitement sur les lésions cutanées.

Les dispositions individuelles et les degrés d'immunité, différents d'une personne à l'autre, expliquent l'existence des différentes formes de tuberculose cutanée.

On peut encore se demander quel degré d'immunité, quelle quantité d'anticorps possédait l'individu tuberculeux au moment de l'infection bacillaire de la peau. J'écarte ici ces cas très rares d'infection bacillaire de la peau chez des individus très jeunes, primo-infections chez le nourrisson comparables à celles des cobayes et aboutissant à la mort à brève échéance. Je ne les ai jamais vus dans la clientèle. Déjà Philipson et Wichmann ont soutenu que le lupus des enfants devait être d'origine endogène. Lewandowsky prétend que le lupus se déclare chez de jeunes enfants à une période où ceux-ci, n'étant pas encore tuberculeux, ne sont pas protégés

par des anticorps. Selon lui, les sujets plus âgés déjà porteurs d'une légère infection, sont protégés contre les infections exogènes par leurs anticorps. Le développement de l'immunité chez l'homme est un mystère non expliqué. On admet qu'un fléchissement temporaire peut permettre l'éclosion d'une tuberculose exogène. Jadassohn pense même que chez le nourrisson le lupus est le fruit d'une surinfection, le nourrisson étant déjà tuberculeux, et Heubner dit à peu près la même chose. Mais je suis d'avis qu'un enfant, vivant dans un milieu bacillifère, doit déjà avoir ses poumons infectés. En écartant les rares primo-infections de la peau chez les nourrissons dont je parlais tout à l'heure, j'attache bien plus d'importance aux chiffres de Orth et Lubarsch qui, comme Nægeli, ont trouvé dans leurs autopsies des lésions tuberculeuses, chez 92 o/o environ des adultes.

Voyons maintenant combien mes 253 cas m'ont donné de combinaisons de tuberculose cutanée et interne ; j'ai pu réunir les chiffres suivants grâce à la collaboration de mes collègues du Brabant occidental.

Nombre des combinaisons avec une tuberculose interne sur 253 cas de tuberculose cutanée en Brabant occidental.

	Lupus 151 cas	Tuberc. ulcéreuse 11 cas	Tuberc. gommeuse 42 cas	Tuberc. indurée 22 cas	Tuberc. lichen. pap., nécr., verr., 27 cas
Tuberculose pulm. .	24	7	2	1	2
Tuberculose gangl.	121	9	32	14	4
Tuberculose osseuse	4	2	4	—	—
Tuberculose oculaire	11	1	1	1	—

Nous voyons donc que les combinaisons de tuberculose cutanée et tuberculose ganglionnaire forment la majorité. L'absence de mortalité parmi ces cas semble indiquer la bénignité de la tuberculose interne. Mais cela n'implique pas l'existence d'une action favorisante de la tuberculose cutanée sur l'immunité générale antituberculeuse. Je n'ai pas pu constater cette « immunité cachectisante » dont parlent Rost, Keller, et Marchioni.

Je reviens maintenant à mes résultats, tant de ma première

enquête, où je cherchais des cas de tuberculose cutanée parmi mes tuberculeux pulmonaires, que de ma seconde enquête, où j'ai entrepris de dépister des tuberculoses internes chez mes malades à tuberculose cutanée.

Voyons d'abord les chiffres que donnent différents auteurs à la suite d'enquêtes analogues. La discordance que je constate entre eux me donne le courage de publier mes chiffres relativement petits. Pele, en Tchécoslovaquie, a trouvé des localisations pulmonaires à bacille de Koch chez 20 o/o de ses cas de lupus, Leipold, en Poméranie 24,7 o/o, Bruusgaard à Oslo 29,56 o/o, Preininger en Hongrie 34,8 o/o, Peitter-Somogyi à Budapest 81,1 o/o, chez des hommes, 68,8 o/o chez des femmes (donc en moyenne 75 o/o), Witkina et Maklakova à Pétrograd 78 o/o. *Mes résultats me conduisent au chiffre de 14,4 o/o.* Je crois devoir expliquer ces différences par des causes ethnographiques et géographiques.

De mes recherches je tire la conclusion que les tuberculoses cutanées (abstraction faite du tubercule anatomique et de très rares primo-infections cutanées des nourrisons), sont toutes secondaires. Je suis d'accord avec d'autres auteurs, pour déclarer que les tuberculoses pulmonaires dans les cas de lupus sont de nature fibreuse et bénigne. Je n'ai pas pu confirmer les 6 o/o de mortalité constatés par Forchhammer.

Quelle est la signification de cette bénignité? La résistance de la peau contre l'infection bacillaire est causée par les anticorps élaborés dans les ganglions lymphatiques. La forme que prendra la tuberculose cutanée dépend peut-être de la nature et de la quantité de ces anticorps.

Je n'ai rien vu qui soit en faveur d'une immunisation de l'organisme par la peau, ni d'une action favorisante de la tuberculose cutanée sur une tuberculose interne. Il y a sans doute une disproportion entre le nombre des tuberculoses pulmonaires et celui des lupus. Mais je n'y vois aucun indice d'une production d'anticorps par la peau.

Quelle est la voie que suivent les anticorps? Linser a voulu démontrer que les anticorps cheminaient par voie sanguine, mais ses expériences n'ont donné que des résultats négatifs. Il essaya de traiter des lupus avec le sérum de malades à tuberculose interne ou de personnes guéries spontanément d'un lupus, mais sans suc-

cès, et il conclut que les anticorps antituberculeux sont ancrés au niveau de la peau et ne circulent pas dans le sang. C'est en même temps la réfutation de la théorie de l'ésophylaxie d'Hoffmann.

L'infection endogène de la peau s'opère à partir d'un foyer interne, soit par l'intermédiaire des voies lymphatiques, soit directement par contact, par exemple quand la tuberculose d'un ganglion sous-cutané, d'une aponévrose, d'un muscle, d'un os, gagne la peau. L'infection peut se propager en remontant le courant lymphatique. Je ne m'occuperai pas ici de la participation éventuelle des voies lymphatiques au processus tuberculeux. Si des bacilles de Koch ont pu être cultivés à partir du sang (Marmorek, Liebermeister et autres) cela ne prouve pas à mon avis que l'infection se propage par voie sanguine, surtout en ce qui concerne le bacille humain ; aucun de mes cas ne le démontre. Les cas qu'on considère généralement comme causés par un essaimage hématogène de bacilles tuberculeux (Comby, Nobl, Finger, Bourgeois, Hoffmann, Alexander, Arzt, Gaucher, Gougerot, Guggenheim) ne le sont pas en réalité, mais sont de nature purement exogène.

Le lupus naît d'une infection bacillaire interne, soit par contact direct, soit par la voie lymphatique. Seule la tuberculose cutanée d'origine endogène peut être appelée lupus. Le lupus apparaît au même âge que la plupart des tuberculoses pulmonaires, ce qui prouve son caractère endogène.

Puisse mon travail avoir contribué à le prouver.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en janvier 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Au sujet des troubles génitaux liés aux urétrites et prostato-vésiculites chroniques, par Balmiro Valverde. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 1, janvier 1931, p. 1.

L'auteur avait publié dans le journal de mars 1930, un article sur cette question. Orphanidès (de Constantinople) ayant écrit que les malades traités par lui étaient des psychasthéniques avec lésions uréthrales de peu d'importance, V. publie 11 cas parmi les observations, base de son travail. Ils montrent que le syndrome génital des jeunes gens qu'il décrit, a pour substratum les lésions de l'urèthre postérieur, de la prostate, des vésicules séminales, lésions parfaitement visibles, dont il apporte des photographies et des microphotographies.

H. Rabeau.

Urétrites gonococciques et non gonococciques, par S. Franck. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 1, janvier 1931, p. 20.

F. a déjà publié un travail sur cette question dans les *Annales des maladies vénériennes* en 1928. Depuis, il a poursuivi ses recherches. Voici ses notions concernant la blennorragie. Le gonocoque est et reste le microbe pathogène de la blennorragie, mais peut-être pas l'agent unique. Il est possible que d'autres uréthrites soi-disant non gonococciques soient dues au gonocoque, celui-ci pouvant revêtir dans certaines conditions des caractères totalement différents de ceux qui lui sont attribués classiquement. Il existe certainement des porteurs de gonocoques saprophytiques. La grande majorité des blennorragiques masculins ne souffre plus de cette affection, c'est la suppuration qui les fait consulter. La grande majorité des femmes atteintes de blennorragie ne se ressent nullement de l'infection, sauf complications. Le certificat médical constatant qu'une femme n'est pas atteinte de blennorragie ne signifie momentanément rien, car il a été souvent difficile de déceler le gonocoque chez des femmes, qui avaient été de véritables foyers d'infection. Il n'y a pas actuellement pour la blennorragie de réaction analogue à la réaction de Bordet-Wassermann pour la syphilis. Les personnes suspectes de blennorragie devraient être observées chaque année plusieurs fois.

H. Rabeau.

Réactivation de syphilis tertiaire (gommes) quelques jours après la reprise d'un traitement (bismuthique) interrompu depuis 5 ans, par Gougerot, R. Cohen et Ragu. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, n° 1, janvier 1931, p. 36.

Observation d'un syphilitique qui subit un premier traitement suffisant pour réduire son Bordet-Wassermann. Pendant cinq ans, aucun traitement. Puis, alors que sa syphilis semblait cliniquement latente, son Bordet-Wassermann était fortement positif. Il accepte un traitement spécifique et après la 3e injection de bismuth présente deux gommes du testicule et de la verge. Ces gommes guérirent rapidement par le traitement par le 914. H. Rabeau.

Chancre syphilitique de l'amygdale linguale, par Levy-Bing et P. Camus. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, n° 1, janvier 1931, p. 39.

Observation tout à fait rare de chancre de l'amygdale linguale. L'examen laryngoscopique seul permit de constater cette lésion ulcéreuse siégeant à la base de la langue dans sa partie la plus postérieure. La partie postérieure de cette ulcération se loge dans la fossette glosso-épiglottique gauche : ulcération ovalaire, de la dimension d'une pièce de 50 centimes à bords réguliers recouverte d'enduit diphtéroïde. Examen ultra-microscopique positif.

Les auteurs pensent que cette localisation permet de soupçonner d'autres sièges tout aussi cachés et qui expliqueraient la syphilis sans chancre que l'on décrit assez fréquemment. H. Rabeau.

Une injection intraveineuse d'iodoquinate de bismuth en suspension huileuse sans accidents importants, par P. Foucaud. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, n° 1, janvier 1931, p. 42.

Par erreur un élève piqueur injecte dans la veine totalement mais très lentement en raison de la consistance du produit 3 centimètres cubes d'iodoquinate de bismuth (Quinby). Examiné aussitôt après, le malade n'a que quelques accès de toux, une tendance à la syncope avec pouls faible et accéléré ; dans la soirée, dyspnée, quelques crachats souillés de sang, mais aucun signe pulmonaire. Le lendemain, état normal, mais urines fortement colorées et légèrement albumineuses. Trois jours après, disparition de l'albuminurie et apparition d'une stomatite qui devient rapidement douloureuse et dure 7 jours. Rien d'anormal dans les autres appareils. Le malade, âgé de 46 ans, était traité pour une syphilis tertiaire gommeuse avec anémie.

H. Rabeau.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Le virus varicello-zonateux, par A. Netter et A. Urbain. *Annales de l'Institut Pasteur,* t. XLVI, n° 1, janvier 1931, p. 17.

Depuis plus de dix ans ces auteurs poursuivent des recherches sur le zona ; si le virus n'a pu encore être isolé, du moins la réaction de

fixation permet de déceler dans la sérosité des vésicules et dans le sérum sanguin ses antigènes et anticorps spécifiques. Ils ont étudié la réaction de fixation (antigène composé de sérosité de vésicule et de croûtes de zona) d'abord dans la fièvre zostérienne, avec 93 résultats positifs sur 100 sérums, puis dans les zonas secondaires. Certaines injections ou intoxications possèdent une action activante sur le virus zonateux qui peut être hébergé longtemps par un sujet sans manifester son action.

Enfin, étudiant le sérum des sujets atteints de varicelle, ils ont constaté qu'il se comportait exactement de la même façon vis-à-vis des croûtes de zona que vis-à-vis de la varicelle, et que les croûtes de varicelle peuvent être substituées aux croûtes de zona dans les épreuves auxquelles sont soumis les sujets atteints de zona.

La quasi-constance de leurs réactions de fixation les amène à voir dans tous les cas de zona l'expression du virus de la varicelle et à parler de virus varicello-zonateux.

L'extrême contagiosité, la diffusibilité remarquable du virus dans la varicelle contrastent fort avec la contagion relativement rare du zona. Mais des différences de même ordre, et plus grandes encore, existent entre les manifestations de la variole et la vaccine émanant certainement d'une souche commune. H. Rabeau.

Sur les réactions non spécifiques de la syphilis dans la grossesse normale, par Br. Stepowski. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVI, nº 1, janvier 1931, p. 52.

Les dangers d'une séro-réaction positive et non spécifique obtenue chez une femme gravide sont particulièrement graves. S. a étudié 618 sérums de femmes à diverses périodes de leur grossesse, et cliniquement exemptes de syphilis. Il a pratiqué quatre réactions : fixation du sérum frais et chauffé avec antigène Bordet-Ruelens, réaction de Kahn et réaction de Meinicke. Les réactions de floculation se sont montrées le plus rarement non spécifiques, puis vient la réaction du sérum chauffé, enfin la réaction du sérum frais. Lorsqu'il y a divergence entre les divers procédés, une grande prudence s'impose surtout lorsqu'il s'agit d'une réaction de Hecht seule positive, et il faut soumettre le sérum à un nouvel examen pratiqué un peu plus tard. La grossesse normale s'accompagne de modifications profondes de la structure physico-chimique du sérum et ce dernier peut acquérir la propriété de floculer ou de fixer l'alexine en présence des antigènes employés dans les diverses séro-réactions de la syphilis. H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

L'anaphylaxie héréditaire et sa valeur étiologique, par L. Nattan-Larier. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CV, 95e année, nº 3, 20 janvier 1931, pp. 89 91.

L'injection de sérum de cheval à une femelle de cobaye en gestation à une dose comprise entre 1/200 et 1/600 de centimètre cube, sensibilise les fœtus. L'injection au nouveau-né de quelques dixièmes de centimètre cube de sérum de cheval les tuera par choc anaphylactique. Cette sensibilisation de la femelle se transmet héréditairement aux trois à quatre portées suivantes ; il en est de même si elle est sensibilisée en dehors de la gestation. Chez les nouveau-nés la sensibilisation disparaît entre la troisième semaine et le troisième mois de la vie. Il s'agit donc chez eux d'une sensibilisation passive par une sensibilisine maternelle ayant atteint le fœtus par voie transplacentaire.

La sensibilisation active du fœtus par un antigène qui l'atteindrait par voie transplacentaire est beaucoup plus rare ; elle existe cependant spécialement avec les albumines des sérums antidiphtérique ou antitétanique.

Ces expériences montrent qu'il n'est pas impossible d'attribuer certaines affections à une anaphylaxie héréditaire. A. Bocage.

Bulletin Médical.

L'infiltration cholestérinique de la lèvre supérieure, par Finck. *Bulletin Médical*, 31e année, no 10, octobre 1930, pp. 352-353.

Symptôme très fréquent chez la plupart des hypercholestérinémiques caractérisé par des points blanc jaunâtre confluents en taches de plusieurs millimètres de longueur sur toute la largeur du bord libre de la lèvre supérieure qu'il faut tirer légèrement pour rendre visible la lésion.

A ne pas confondre avec la leucoplasie et le lichen plan, ces dépôts se voient surtout chez les lithiasiques biliaires et les goutteux ; favorisés par l'acidose, ils disparaissent sous l'influence du traitement alcalin. A. Bocage.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Conservation du pouvoir complémentaire du sérum de cobaye, par A. D. Ronchèse. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CVI, no 1, 16 janvier 1931, pp. 19-20.

Après un court historique de la question, l'auteur donne sa technique qui consiste à formuler le mélange suivant dont 1 cc. 1/2 est ajouté à 1 centimètre cube de sérum frais de cobaye :

Chlorure de sodium..................	54 gr.
Quinosol ou sunoxol R. A. L...........	0 gr. 25
Eau distillée (q. s. pour)..............	1.000 cc.

Le complément garde son activité pendant 15 à 20 jours à la température ordinaire ; au moment de l'emploi, on y ajoute trois fois son volume d'eau distillée. On emploie 0,5 dixièmes de centimètre cube qui

correspondent à 1 dixième de centimètre cube de sérum dilué au 1/2 et à 4 dixièmes de centimètre cube d'eau physiologique.

A. Bocage.

Remarque sur la valeur de la distinction spécifique des Trichophytum violaceum et glabrum, par A. Catanei. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CVI, n° 2, 23 janvier 1931, pp. 80-81.

Ces deux espèces sont assez difficiles à distinguer car le premier voit ses cultures perdre assez rapidement leur pigmentation. L'auteur, par inoculation au singe, montre la différenciation spécifique très nette entre *Trichophytum glabrum* et *Trichophytum violaceum*, celui-ci retrouvant ses caractères culturaux classiques après passage sur l'animal.

A. Bocage.

Le pH et l'antigène de Mac Intosch dans la réaction de Bordet-Wassermann, par B. Zablocki et S. Siérakowski. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CVI, n° 2, pp. 129-130.

Cet antigène est un extrait alcoolique de cœur humain additionné de cholestérine, dont le pouvoir tampon est très faible. L'expérience montre que l'influence du *p*H est très faible sur les résultats obtenus.

A. Bocage.

Le pH et la réaction de Kahn, par S. Siérakowski et B. Zablocki. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CVI, n° 2, pp. 130-131.

Les meilleurs résultats ont été obtenus avec une émulsion de Kahn de *p*H compris entre 6,0 et 6,5. Il est facile à corriger par addition d'une solution à 1/200 d'acétate de soude, à la solution alcoolique de l'antigène.

Tous les sérums donnent des résultats positifs quand leur acidification dépasse un *p*H de 5,5. Inversement, une alcalinisation au delà du *p*H 10,6 rend négatifs tous les sérums positifs.

A. Bocage.

Actinomycose expérimentale, par P. Negroni. *C. R. de la Société de Biologie*, t. CVI, n° 2, 23 janvier 1931, p. 146.

Alors que la voie intraveineuse et la voie péritonéale ne permettent pas de mettre en évidence le germe inoculé, on obtient des résultats positifs par voie testiculaire chez le lapin et le cobaye. On trouve des bâtonnets dans les lésions produites et la présence d'autres germes microbiens ne gêne pas comme pour les cultures.

A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Nouveaux cas d'hérédo-syphilis nerveuse, par L. Babonneix. *Gazette des Hôpitaux*, 104e année, n° 2, 7 janvier 1931, pp. 21-24.

Complétant son livre récent sur la syphilis héréditaire du système nerveux, l'auteur apporte le résumé de 24 observations nouvelles, épi-

lepsie, encéphalopathie, hémiplégie infantile, troubles sensoriels chez les hérédo-syphilitiques. En général, le traitement spécifique a amélioré ces malades, surtout leurs symptômes psychiques.

A. Bocage.

Paris Médical.

Les tubercules des trayeurs, par L. Hudelo et R. Rabut. *Paris Médical,* 21e année, no 3, 17 janvier 1931, pp. 55-61, 1 fig.

Les auteurs décrivent le deuxième cas français de cette curieuse affection qu'on rencontre chez les individus chargés de la traite des vaches présentant des petites lésions des mamelles. Après incubation de 8 à 10 jours apparaissent un ou plusieurs tubercules de 3 à 10 millimètres de diamètre, saillants, bruns, recouverts d'une couche épidermique plus ou moins régulière. Au bout de trois semaines, la lésion commence à s'atténuer et finit par disparaître. Cette affection paraît en rapport direct avec la vaccine ; elle se voit même chez des vachers antérieurement vaccinés. Les auteurs résument les recherches étiologiques faites par les auteurs allemands ; l'identité du virus avec la vaccine n'est pas absolument prouvée. A. Bocage.

Les septicémies et les actions à distance des mycoses. Leurs réactions biologiques, par A. Nanta. *Paris Médical,* 21e année, no 3, 17 janvier 1931, pp. 62-68.

Dans ce travail, l'auteur montre que toutes les conceptions anciennes sur le pouvoir pathogène des champignons sont à reviser, car les types classiques de mycoses ne représentent qu'une très petite partie des faits d'infection par ces parasites. Les septicémies mycosiques sont fréquentes et expliquent bien des lésions cutanées ou viscérales au niveau desquelles il n'est pas toujours possible d'identifier le parasite. Il montre en outre l'importance des phénomènes d'allergie et de sensibilisation dans le développement des manifestations cliniques.

A. Bocage.

Les rayons X ultra-mous. Leurs indications en dermatologie, par E. et H. Biancani. *Paris Médical,* 21e année, no 3, pp. 68-75.

On sait qu'au delà des rayons ultra-violets extrêmes dont la longueur d'onde est comprise entre 2.800 et 136 unités Å existe une zone de radiations dites intermédiaires, mal connues, à laquelle fait suite la région de rayons X ultra-mous compris entre 12 et 1 Å. Leur production dans un but thérapeutique est entourée de grandes difficultés en raison de leur faible pénétration qui nécessite un appareillage tout à fait particulier, que les auteurs décrivent.

La variabilité des appareils rend assez peu comparables les résultats obtenus par les divers auteurs. Dans l'ensemble, on obtient des actions épidermiques énergiques avec peu ou pas d'effet sur le tissu conjonctif ;

l'érythème est tardif et suivi de pigmentation. Au point de vue des applications pratiques, la question des indications est encore en pleine évolution ; il est certain que les résultats obtenus ne sont pas superposables à ceux donnés par les rayons X ordinaires, pas plus que ceux donnés par les rayons compris respectivement entre 1 et 3 Å et entre 3 et 8 Å.

Quant aux applications générales pour les affections viscérales, il n'est pas encore permis de se prononcer sur la supériorité des rayons ultra-mous sur les ultra-violets et sur leur innocuité.

A. Bocage.

L'allergine dans le traitement des tumeurs cutanées, par Marceron et Paul Guérin. *Paris Médical,* 21ᵉ année, nº 3, 17 janvier 1931, pp. 75-77.

Les auteurs exposent l'emploi de l'allergine de Jousset qui est une toxine bacillaire privée de toute trace de tuberculine qui s'adresse aux tuberculoses organisées constructives ou destructives et dont l'emploi en clinique humaine s'accompagne d'une réaction locale au point d'injection, d'une réaction générale fébrile à 39°-40° et d'une réaction congestive focale au niveau de la lésion. Son emploi ne laisse pas d'immunité durable il faut donc en renouveler l'usage. Son emploi est surtout favorable chez les malades à cuti-réactions fortes mais il faudra être très prudent dans la progression des doses. A. Bocage.

Roséole infectieuse aiguë, par G. Milian. *Paris Médical,* 21ᵉ année, nº 3, 17 janvier 1931, pp. 78-80, 1 fig.

L'auteur rappelle l'existence de cette affection, souvent épidémique, décrite par Hoffmann en 1740 et en rapporte un cas qui a suivi une grippe compliquée d'abcès axillaire, et un autre d'origine biotropique qui apparut au cours du traitement novarsenical d'une syphilis récente, quelques jours après la disparition de la roséole syphilitique et fut beaucoup plus intense que cette dernière. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Le traitement actuel de l'eczéma, par J. Darier et A. Tzanck. *Presse Médicale,* 39ᵉ année, nº 5, 17 janvier 1931, p. 73.

L'eczéma ne peut plus être considéré comme une lésion toxique, il est une *réaction d'intolérance de la peau.* « Une réaction implique : 1° un *agent* de déclenchement de la réaction ; 2° un organisme *sensible* à cet agent ; on peut supposer qu'il est muni de propriétés ou de substances dites « réagines » correspondant à cet agent ; 3° un mécanisme latent ou créé de « sensibilisabilité » puisque le sujet est ou est devenu « sensible », alors que tous ne le sont pas et que lui-même ne l'était pas antérieurement.

Dès lors, on peut se proposer d'agir : *a*) sur la réaction elle-même : traitement local ; *b*) sur l'agent de la réaction en le supprimant :

traitement causal abstention ; c) sur les réagines en les inactivant : *médication antichoc ; d)* sur le mécanisme de la réaction : *désensibilisation ; e)* sur la sensibilisabilité : *médication préventive.*

Tel est le schéma que les auteurs proposent d'utiliser comme hypothèse de travail et dont ils envisagent les diverses visées. Traitements local, causal, de désensibilisation. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire leur conclusion. En présence d'un cas d'eczéma, ce qu'il y a à faire, c'est de :

1° Tout d'abord, soulager le malade et sauvegarder l'avenir. Pour cela : protéger les lésions, les nettoyer par des lotions non irritantes, antiseptiques au besoin, mais choisies avec circonspection ; les couvrir selon leur état actuel d'un pansement humide, d'une poudre inerte, d'une pâte ou crème ou pommade additionnées d'antiseptique ou de réducteurs.

2° Reconnaître l'origine de l'eczéma en recherchant ses causes locales externes (chimiques, physiques, traumatiques, parasitaires ou microbiennes) ce à quoi on sera aidé par la forme clinique, l'aspect, la localisation de l'éruption, les conditions de son apparition et son évolution.

3° Déterminer, le cas échéant, par l'examen direct ou par les cultures, quels sont le parasite ou les microbes qui sont en cause ; les traiter selon leur nature.

4° Se rappeler et rechercher avec attention les foyers infectieux à distance, ou les localisations parasitaires éloignées, plus ou moins occultes parfois ; les traiter ou faire traiter selon leur nature et leur siège.

5° Si la cause occasionnelle n'est pas parasitaire ou infectieuse, mais par exemple professionnelle, alimentaire, etc..., la supprimer par abstention, tout au moins provisoirement, si cela est possible.

6° Rechercher chez le malade les fautes d'hygiène, les troubles vagosympathiques et endocriniens et les combattre par les moyens hygiéniques ou médicamenteux capables de rétablir un équilibre qui a fléchi.

7° Apprécier quelles sont les tares organiques ou fonctionnelles, d'origine héréditaire ou acquise, qui peuvent intervenir pour favoriser ou créer l'état d'intolérance. C'est ici que peut avoir à intervenir la médication d'une infection chronique telle que la syphilis ou l'hérédosyphilis.

8° Enfin tenter de désensibiliser le malade :

a) soit par des procédés de désensibilisation spécifique dirigés en vue de réaliser l'accoutumance à l'agent intoléré, en tenant compte des diverses voies par lesquelles il peut se montrer nocif et de celles par lesquelles on peut arriver à le faire tolérer ;

b) soit par une désensibilisation non spécifique; qui elle aussi peut emprunter diverses voies. H. Rabeau.

Du rôle de l'épilation à la pince en dermatologie, par R. Sabouraud. *Presse Médicale*, 39e année, no 7, 24 janvier 1931, p. 113.

C'est Bazin qui, à l'hôpital Saint-Louis, remplaça l'épilation à la calotte par l'épilation à la pince pratiquée de tous temps par les Arabes. Ses élèves et ses successeurs immédiats, dont Besnier, dressèrent eux-mêmes leurs épileurs dont certains opéraient avec une habileté merveilleuse. Ils avaient en outre une éducation clinique qui leur permettait de discerner du premier coup d'œil les îlots de cheveux qui devaient encore bénéficier de l'épilation. Les rayons X qui ont été un progrès immense dans la guérison des teignes ont fait disparaître les épileurs. Ceci n'aurait pas dû se produire. Il est des cas dans lesquels l'épilation doit venir au secours des rayons X, dans certains cas de favus, ou de trichophytie due à l'*Endothrix violaceum*, par exemple. Il en est de même dans les placards de folliculite agminée dus à un trichophyton nécroïde ; l'épilation raccourcira de beaucoup le temps de guérison. Mais, dit S., le rôle de l'épileur n'est pas limité aux seules teignes cryptogamiques. Dans l'acné chéloïdienne, le sycosis lupoïde, dans tous les sycosis, toutes les affections épidermiques ou dermiques dont l'influence a pour centre le follicule pilaire, l'épilation répétée garde un rôle de premier plan. H. Rabeau.

Lyon Médical.

Un cas de lympho-granulomatose maligne à forme pseudo-tuberculeuse, par Cade et Treppoz *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVII, no 1, 4 janvier 1931, p. 25.

Observation d'une malade entrée à l'hôpital avec un cortège symptomatique faisant penser à la tuberculose. L'autopsie élimina la tuberculose et l'anatomie pathologique démontra qu'il s'agissait uniquement de lymphogranulomatose. Jean Lacassagne.

Tuberculose et adénie éosinophilique prurigène, par MM. Cordier, Croizat et Carle. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVII, no 2, 11 janvier 1931, p. 50.

Les auteurs rapportent une observation détaillée indiquant le rôle favorisant possible de la tuberculose dans l'éclosion secondaire de formations du type granulomateux. Jean Lacassagne.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Sur deux cas d'un nouveau type de tuberculide (tuberculides papuleuses miliaires disséminées, type Milian-Garnier), par E. Freund. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 12, décembre 1930, pp. 578-598, 12 fig.

Le premier, publié antérieurement, concerne une tuberculeuse pulmonaire de 46 ans atteinte d'une série de petites lésions nodulaires de 1 à 4 millimètres, orbiculaires, rouge brun ou clair, quelques-unes un peu verruqueuses, occupant la face, le cou, les avant-bras ; nodule lupique à la vitro-pression.

Histologiquement, il s'agit d'infiltrats intradermiques bien circonscrits à cellules épithélioïdes, lymphocytes et quelques cellules géantes. Tardivement la réaction de Mantoux fut positive ainsi que l'hémoculture par la méthode de Lœwenstein. Les rayons X furent inefficaces, mais la plus grande partie des papules disparut rapidement par les rayons ultra-violets.

Le deuxième cas, inédit, est celui d'une femme de 40 ans sans antécédents importants dont les lésions cutanées sont analogues à celles de la malade précédente, les unes papuleuses, ressemblant à des noyaux lupiques, les autres plus petites, simples taches brun-jaune entourées d'un léger cercle blanc, avec quelques veinules centrales. Elles siègent sur les joues, le cou, les avant-bras. L'auteur décrit longuement l'infiltrat dermique où prédominent les lymphocytes avec des cellules épithélioïdes et quelques cellules géantes. La malade guérit aisément par les rayons ultra-violets.

Discutant le diagnostic, il en profite pour donner un résumé des caractères de la dermatose de Kœnigstein et du cas de Matras qui cliniquement ressemblent aux cas de l'auteur mais s'en distinguent histologiquement par la présence de tissu lymphadénoïde avec centres germinatifs dans le derme. A. BOCAGE.

Dermatite linéaire rampante (maladie de Robert Lee) localisée au pied gauche, par L. PÉRIN et H. MASSOT. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 6e année, no 12, décembre 1930, pp. 599-603, 1 fig.

A la suite d'une promenade pieds nus sur une plage des Côtes-du-Nord apparaît l'affection qui se caractérise par une éruption linéaire vésiculeuse qui progressa d'abord de 2 centimètres par jour puis se ralentit ; une biopsie faite à l'extrémité récente n'arrêta pas la maladie qui reprit dans une autre direction ; une exploration à l'épingle du nouveau trajet amena la guérison au 29e jour sans que le parasite ait pu être découvert : cliniquement, il s'agissait d'une myase rampante.

A. BOCAGE.

Revue Neurologique.

Isothermoesthésie du membre inférieur gauche d'origine syphilitique, par LAIGNEL-LAVASTINE et J. ODINET. *Revue Neurologique*, 38e année, t. I, no 1, janvier 1931, p. 67-71, 1 fig.

Observation très détaillée d'un malade atteint de troubles sensitifs se rapprochant beaucoup de ceux qui ont été constatés à la suite de la cordotomie, et provoqués par une lésion syphilitique. Ce malade, qui semble avoir fait une myélomalacie soudaine, avait surtout un trouble de la sensibilité au froid et de discrets phénomènes pyramidaux. A. BOCAGE.

Sclérose en plaques précédée d'une éruption zostérienne avec paralysie crurale, par ALAJOUANINE et Bernard GRIFFITH. *Revue Neurologique*, 38e année, t. I, no 1, janvier 1931, pp. 84-87.

Observation très détaillée et discussion serrée d'un cas où, semble-t-il, le seul virus de la sclérose en plaques fut la cause d'une éruption zostérienne guérissant sans cicatrice. A. BOCAGE.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

La lèpre en Uruguay. — Rapport présenté par José BRITO FORESTI, Bartolomé VIGNALE et Juan MALET. *Congrès Médical du Centenaire* (Montevideo, 5 au 12 octobre 1930). Section de Dermato-Syphilopathie. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. I, nº 12, décembre 1930, p. 1277.

La lèpre augmente en Uruguay. Il est nécessaire que les médecins apprennent à la reconnaître. La déclaration doit être obligatoire. Les lépreux seront recensés et isolés soit à domicile, soit dans des léproseries. L'entrée du pays sera refusée à tout étranger atteint de cette maladie. J. MARGAROT.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

La pathogenèse des xanthomes. Les rapports de la cholestérine, de la phosphatide et de la teneur totale en graisse du sang avec la formation des xanthomes (Die Pathogenese der Xanthome. Die Beziehungen von Cholesterin, Phosphatid- und Gesamtfettgehalt des Blutes zur Entstehung der Xanthome), par F. SCHAAF et A. I. WERNER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 217, 1 fig.

Les auteurs ont examiné dans 8 cas de xanthome (3 cas de xanthomatose disséminée, 1 de xanthome du bulbe oculaire, 4 des paupières) la teneur en cholestérine par des méthodes quantitatives très exactes et ils ont pu constater dans tous les cas un trouble plus ou moins grave du métabolisme des lipides (la somme de tous les composants graisseux du sérum).

Ce trouble se manifeste :

a) Pour la cholestérine. Ce n'est pas la quantité absolue de cholestérine du sang qui est importante, mais le rapport anormal entre la cholestérine libre et éthérifiée. Il existe un trouble si ce quotient diffère de la valeur physiologique. Dans 4 cas observés par les auteurs, ce rapport fut anormal. Il peut donc se produire une xanthomatose aussi bien quand la teneur totale en cholestérine est diminuée, normale ou augmentée.

b) Pour les phosphatides. On le reconnaît par une augmentation, mais peut-être aussi par une diminution, de la teneur en phosphatides. Dans 7 cas, cette fraction fut légèrement ou très fortement augmentée.

c) Pour les corps gras neutres et acides. Ces derniers furent, dans deux des cas examinés, très augmentés.

d) Par les épreuves de surcharge pratiquées dans 3 cas ; elle fut, dans tous les cas, anormale soit pour la fraction de phosphatide soit pour celle de la cholestérine.

Les auteurs ne peuvent pas encore expliquer les causes et la localisation du trouble de la régulation des lipides. Des raisons physiologiques et cliniques parlent en faveur d'une participation importante du foie. Le trouble pathologique du rapport entre les composants des lipides du sang et des tumeurs — les dernières ne sont autre chose que des émulsions de ces lipides dans une phase aqueuse contenant des albumines et des sels — produit une modification du degré de la dispersion et une dissolution du mélange. Il faut considérer comme dernière conséquence de cette dissolution du mélange la précipitation dans les tissus des composants et cela donne lieu à la formation de dépôts xanthomateux. Les facteurs locaux ne jouent dans cette formation qu'un rôle secondaire. OLGA ELIASCHEFF.

L'élimination de sebum sur la surface cutanée humaine (Die Talgabsonderung auf der menschlichen Hautsoberfläche), par Reinhold PACHUR. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 253.

Recherches sur l'élimination du sebum de la peau dans différentes dermatoses et de la peau normale d'après la micro-méthode de Bang légèrement modifiée par l'auteur. Les résultats furent les suivants :

1° On trouve chez les sujets sains sur 49 centimètres carrés de la peau du front 0,4-0,48 milligramme de graisse. Ces chiffres sont augmentés dans la puberté, diminués dans la vieillesse.

2° Chez la plupart des sujets atteints d'eczéma, d'acné et de folliculites, la sécrétion du sebum est fortement augmentée même sur les parties saines de la peau (0,61-1,72 milligramme sur 49 centimètres carrés). Dans la séborrhée sèche et dans l'acrodermatite atrophique la teneur en graisse est diminuée, elle n'est pas caractéristique dans le psoriasis.

3° Si on « essuie » la graisse elle se reconstitue en très peu de temps, ordinairement en cinq minutes. Mais si on l'enlève par l'éther de pétrole ou par la benzine, la couche de graisse se reconstitue lentement.

4° On trouve sur toute la surface cutanée chez des sujets sains de 1,6 à 1,8 gramme de graisse. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le développement des champignons à des températures différentes (Ueber das Verhalten der Pilze bei verschiedenen Temperaturen), par Emanuel WEISS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 260.

L'auteur a cultivé différents champignons : le trichophyton, le microsporon, l'épidermophyton, l'achorion, le sporotrichon et l'acremonium ainsi que des simples moisissures, dans la glace, c'est-à-dire à la température de 0°, à la température du laboratoire entre 18-22° et dans l'étuve à 37°. Le milieu de culture utilisé, l'agar maltosé, fut toujours le même. Aucun champignon ne poussa à 0°, même pas les moisissures, mais les cultures ne périrent pas à cette température, même après un mois. Mises à la température du laboratoire, les champignons com-

mencèrent à pousser, ils se trouvèrent donc dans un état soi-disant latent. Les champignons se développèrent normalement à 18-20°.

A la température de 37°, la forme macroscopique des colonies se modifia de la même façon que si on les avait cultivées sur des milieux différents. Le *Trichophyton violaceum* perd son pigment à 37°, le *Trichophyton sulfureum* montre une dépression cratériforme et est de teinte rouge ; le *Trichophyton* cratériforme est coloré en jaune, le *Microsporon Audouini* en brun. Les cultures du *Microsporon fulvum* ressemblent à celle du *Trichophyton* cérébriforme ou paviforme. Les colonies de l'*Achorion gypseum* ont des convolutées qui rappellent le *Trichophyton plicatile*. L'*Achorion Schönleini* poussa très rapidement en disques sans convolutées. L'*Epidermophyton inguinale* donna une culture allongée d'un brun foncé. OLGA ELIASCHEFF.

Sur les modifications histologiques des ganglions lymphatiques dans la lymphadénite chronique rétro-auriculaire due au favus du cuir chevelu (Ueber die histologischen Veränderungen der Lymphdrüsen bei der dem Kopffavus folgenden, chronischen retro-aurikulären Lymphadenitis), par Shuji KAWATSURE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 262, 7 fig.

L'auteur a examiné les lésions histologiques des ganglions lymphatiques dans les lymphadénites rétro-auriculaires chroniques de sujets atteints de favus du cuir chevelu. Tous les malades entre 8-15 ans étaient de sexe masculin. L'examen histologique fut pratiqué dans 38 cas. On constata des modifications du tissu conjonctif ainsi que de la structure des capillaires sanguins et de la construction des follicules.

1° *Les lésions du tissu conjonctif* consistèrent en une augmentation des fibres collagènes et des « Gitterfasern » ; ces dernières se rencontrèrent aussi souvent dans la lumière des follicules. Dans ces derniers, les lymphocytes, et aussi les cellules du *reticulum*, étaient remplacés par des fibroblastes jeunes.

2° *Vaisseaux sanguins et capillaires :* les ganglions sont très vascularisés. Les capillaires, dans le parenchyme du ganglion, sont hypertrophiés, les follicules sont entourés d'un réseau capillaire. Dans certains cas les cellules endothéliales sont proliférées ; certaines cellules sont arrondies avec un noyau, soit rond, soit ellipsoïde, se colorant par l'hématoxyline ou par le Giemsa en violet pâle. Dans d'autres cas, les cellules endothéliales des capillaires se réunissent par leurs prolongements protoplasmatiques bipolaires et forment une longue chaîne sans lumière nette. Tous ces aspects de l'endothélium furent constatés dans les lymphadénites faviques très chroniques ; dans les autres cas, la forme des capillaires fut presque normale. Malgré la grande prolifération des vaisseaux, on ne trouva jamais ni hémorragie, ni stase.

3° *Dans les ganglions*, l'auteur constata quatre formes de follicules :

a) composés de lymphocytes, forme relativement rare sans lymphoblastes au centre ;

b) des follicules réticulés ;

c) des follicules contenant à côté de rares lymphocytes des cellules assez volumineuses à gros noyau de forme arrondie, elliptique ou irrégulière, prenant moins fortement les colorants que les noyaux des lymphocytes-follicules vaso-endothéliaux ;

d) follicules composés de tissu de granulation.

L'auteur a constaté aussi la présence de *mastzellen* dans le tissu conjonctif des vaisseaux et des cellules éosinophiles dans leur lumière. Pas de plasmocytes. Absence totale de champignons dans les coupes et dans les frottis.

L'auteur conclut qu'il est très difficile de juger si toutes les modifications décrites sont dues à l'agent pathogène du favus, ou bien à ses toxines, car on sait que l'on trouve dans tous les foyers infectieux des microbes secondaires qui jouent un rôle important. Mais comme des lésions analogues, surtout les lésions capillaires, n'ont pas encore été observées dans d'autres maladies, on est en droit d'admettre l'existence d'une certaine relation entre ces modifications et le favus. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des mélanoblastes cutanés du singe et de l'homme (Ueber cutane Melanoblasten in der Haut der Affen und des Menschen), par A. IMSCHENETZKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 279, 9 fig.

Examens histologiques comparés de la pigmentation de l'épiderme et de l'intestin chez le singe et chez l'homme.

L'auteur conclut :

La pigmentation de l'épiderme et du chorion est plus prononcée chez le singe. On ne peut pas constater de différence morphologique entre les mélanoblastes cutanés du singe et les nævi bleus de l'homme.

Le nombre variable des mélanoblastes dans la peau du singe n'est pas en rapport avec l'espèce. Les mélanoblastes cutanés accompagnent les vaisseaux et sont en rapports étroits avec les fibres collagènes. Les grandes cellules étoilées que l'on rencontre en petit nombre représentent des formes jeunes, elles prennent en évoluant tous les caractères typiques des mélanoblastes cutanés.

Les grains de mélanine, qui se trouvent dans les mélanoblastes cutanés de l'homme et du singe, ne se décolorent pas par l'eau oxygénée, tandis que le pigment des cellules épithéliales et des chromatophores se décolore sous l'influence de ce réactif. La localisation, les propriétés morphologiques permettent de considérer les mélanoblastes cutanés comme un système autonome. OLGA ELIASCHEFF.

La formule sanguine dans la tuberculose cutanée et sa valeur clinique (Das Blutbild bei der Hauttuberkulose und seine klinische Bedeutung), par S. K. ROSENTHAL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 311.

L'auteur a déterminé la formule sanguine chez 53 malades atteints

de tuberculose cutanée. Dans la majorité des cas, le nombre des leucocytes et la formule leucocytaire, excepté une éosinophilie, furent normaux. La formule sanguine dans la tuberculose cutanée n'est qu'un symptôme biologique, elle a plutôt une valeur pour le pronostic que pour le diagnostic. OLGA ELIASCHEFF.

Mélanoblastome parakératosique. Mélanome cutané, non nævigène parakératosique paraissant bénin (Melanoblastoma parakeratodes. Nicht nævogenes, scheinbar mild verlaufendes parakeratotisch verhornendes Hautmelanom), par Joseph Isidor MERENLENDER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis,* vol. CLXII, cah. 2, 1930, p 322, 14 fig.

Description d'une tumeur mélanique survenue chez un homme de 35 ans. La tumeur se développa à l'âge de 29 ans et resta stationnaire pendant 8 ans, malgré un traitement fréquent par des irritants chimiques et mécaniques. Après un érysipèle, transformation maligne de la tumeur avec métastases.

L'histologie montra des cellules néoplasiques dans les lumières vasculaires, de nombreuses mitoses et cellules géantes et une infiltration très prononcée. Dans une métastase biopsiée à son début, l'auteur trouva des cellules tumorales dans un vaisseau lymphatique. Cette métastase ne présenta pas cliniquement de teinte mélanique.

OLGA ELIASCHEFF.

Pityriasis rosé hémorragique (Pityriasis rosea hæmorrhagica), par Franz WIRZ. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 346, 2 fig.

Cas d'une variété atypique, pas encore décrite, de pityriasis rosé de Gibert hémorragique. Il s'agit d'un pityriasis rosé caractéristique par sa localisation, mais présentant des hémorragies punctiformes dans et au pourtour des lésions. OLGA ELIASCHEFF.

La sensibilisation du cobaye vis-à-vis de la primevère (Die Sensibilisierung des Meerschweinchens gegen Primeln), par Bruno BLOCH. et A. STEINER-WOURLISCH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 349, 9 fig.

Les auteurs apportent les résultats de leurs travaux expérimentaux sur la sensibilisation des cobayes vis-à-vis des primevères.

Ils concluent :

1° Presque tous les cobayes peuvent être sensibilisés (41 sur 43 animaux) vis-à-vis de l'antigène dilué à 1-5 o/o d'un extrait éthéré de primevères (extrait dilué qui n'agit pas sur les animaux normaux) par une ou plusieurs applications préalables sur la peau de ces animaux de cet extrait mais concentré. Le même résultat fut obtenu par des injections intradermiques, mais il est moins prononcé pour des injections intracardiaques.

2° Cette allergie vis-à-vis de la primevère, produite par la sensibilisation, se manifeste par une réaction inflammatoire de la peau. La réaction peut produire cliniquement et surtout histologiquement tous les

signes d'un eczéma très aigu, vésiculeux (dans un stade plus avancé éventuellement les signes de l'eczéma plus chronique).

3° Le temps de l'incubation jusqu'à l'apparition de la sensibilisation est de 7 à 12 jours. La réaction allergique se manifeste chez l'animal sensibilisé entre 2 heures (réaction précoce) et 1 jour après l'application de l'extrait. La durée de l'inflammation allergique est de 2-6 jours éventuellement aussi beaucoup plus longue. L'allergie se manifeste sur toute la surface du corps de l'animal, et on observe aussi des réactions de foyers.

4° On peut sensibiliser avec un extrait de primevères vis-à-vis de la primine, produit pur cristallisé obtenu des primevères.

5° Les essais de transmission de l'allergie des cobayes vis-à-vis des primevères à d'autres cobayes et à des lapins furent négatifs. Les essais de désensibiliser spécifiquement les animaux allergiques par des applications souvent répétées d'extraits concentrés sur la peau donnèrent aussi des résultats négatifs. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la forme aiguë douloureuse de la tuberculose sous-cutanée indurée et disséminée (Ueber die akute schmerzhafte Form der disseminierten Tuberculosis indurativa subcutanea), par Joseph Isidor MEHENLENDER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 379, 13 fig.

Observations de 3 cas de tuberculose indurée aiguë chez des femmes âgées respectivement de 20, 40 et 50 ans présentant les lésions suivantes : nombreux (20-200) nodules hypodermiques sans tendance à l'ulcération. Les nodules, excepté quelques-uns, présentèrent la même teinte que la peau normale. Apparition subite de la maladie avec fièvre (37° à 40°) et douleurs vives des lésions. Il existait en même temps une tuberculose pulmonaire (cliniquement et à la radiographie).

L'examen histologique montra les lésions décrites dans l'érythème induré de Bazin et dans les sarcoïdes (*Wucheratrophie*), une infiltration composée de cellules épithélioïdes, cellules géantes, de rares lymphocytes et plasmocytes. Lésions vasculaires : endo et péri-vascularite.

Il s'agit d'après l'auteur d'une forme atypique aiguë douloureuse de la tuberculose indurée aiguë disséminée. Les lésions décrites comme « sarcoïdes » sont identiques à celles décrites dans l'érythème. La dénomination « sarcoïde » doit être rejetée et à sa place doit être employé le nom de tuberculose indurée (Kyrle, Lewandowsky, Gans).

OLGA ELIASCHEFF.

Torulose généralisée (Blastomycose européenne). Etude clinique et botanique (Generalisierte Torulose (Europaeische Blastomykose). Eine klinisch-botanische Studie), par Erich URBACH et Franz ZACH. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 401, 11 fig.

Description d'un cas de blastomycose européenne généralisée (Torulose) chez un homme de 27 ans qui n'a jamais quitté l'Europe. Début par des végétations des gencives qui doivent être considérées comme l'accident primitif. Le malade succomba un an et demi après le début

de la maladie à une méningite spécifique à la suite de métastases dans le cerveau, les poumons et les reins. Le sujet présenta une allergie spécifique très prononcée de la peau vis-à-vis des injections intradermiques de blastomycine, mais il fut impossible d'arrêter le cours de la maladie : la vaccinothérapie, des hautes doses d'iodure, les rayons de Rœntgen et les interventions chirurgicales ne donnèrent aucun résultat.

L'examen histologique montra aussi dans les couches profondes de la peau des infiltrats diffus composés de nombreuses cellules géantes contenant des levures, des lymphocytes, plasmocytes, cellules épithélioïdes et polynucléaires. On cultiva des levures, des foyers cutanés, des crachats, des urines, du liquide céphalo-rachidien, etc. Les auteurs rangent ces levures dans le groupe de la « Torula Hansen ».

Les expériences faites sur des souris, des rats et des cobayes démontrèrent l'effet pathogène de ces levures. Olga Eliascheff.

Le besoin de l'oxygène des germes pathogènes de la peau et sa valeur pour le dermatropisme (Das Sauershoffbedürfnis der pathogenen Hautkeime und seine Bedentung für den Dermatropismus), par E. Kadisch. *Archiv für Dermatologische und Syphilis*, vol. CLXII, cah. 2, 1930, p. 462, 5 fig.

Il a été démontré par l'auteur que le dermatotropisme des dermatophytes est produit aussi par la température basse de la peau, mais à côté de cette température basse d'autres facteurs jouent aussi un rôle. K. a recherché l'influence de l'oxygène de l'air sur ce dermatotropisme. Il conclut que l'air exerce aussi une influence : 1° les mycoses se localisent ordinairement sur la surface cutanée, rarement sur les muqueuses vaginale ou buccale ; 2° les expériences *in vitro* montrent que les champignons ne se développent pas dans les milieux anaérobies ; 3° l'*Achorion gypseum* pousse moins bien, si la pression partielle de l'oxygène est diminuée ; 4° les champignons poussent à la surface des organes, mais rarement en profondeur. Mais il est probable que l'influence de l'oxygène est d'une moindre importance que celle de la température. L'auteur a pu démontrer directement (en supprimant les variations de température et de l'oxygène) sur la plante (*Cereus peruvianus*) que la cellule vivante peut contenir des facteurs qui empêchent le développement de l'*Achorion gypseum*.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Présence dans le sérum des malades atteints de dermite salvarsanique de substances qui renforcent la réaction cutanée à l'arsénobenzol de sujets sensibilisés (Ueber den Nachweis reaktionverstärkender Substanzen im Serum von Salvarsantoxidermien bei der Salvarsanhautreaktion salvarsanübersempfindlicher Personen), par E. Nathan et H. Grundmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 3, janvier 1931, p. 127.

L'injection à 5 témoins du sérum prélevé sur une érythrodermie

arsenobenzolique donne, chez ces 5 sujets, une réaction de Prausnitz-Küstner négative. Mais, chez 3 sujets, l'injection de salvarsan détermine une sensibilisation de la peau, qui se traduit par la réaction habituelle. Cette réaction est chez eux plus intense, mais disparaît plus tôt

Le mélange à parties égales de sérum *frais* prélevé sur une érythrodermie arsenicale et sur un individu sain, et d'une solution de salvarsan est injecté dans le derme de sujets sensibilisés au salvarsan. La réaction au mélange salvarsan et sérum-érythrodermie est nettement plus vive que la réaction au salvarsan seul ou au mélange salvarsan-sérum sain. Le sérum des érythrodermiques contient donc une substance qui renforce l'allergie des sensibilisés. Le mélange salvarsan-sérum normal *chauffé* a une action empêchante ou diminuante sur la réaction. La nature des substances « renforçantes » contenues dans le sérum des érythrodermies est inconnue : anticorps, propriétés physico-chimiques du sérum ou substances déchaînantes ? Cette dernière hypothèse ouvrirait des aperçus nouveaux sur l'idiosyncrasie.

L. CHATELLIER.

Lupus et carcinome (Lupus et Karcinom), par A. V. MALLINCKRODT-HAUPT. *Dermatologische Zeitschrift*, janvier 1931, t. LX, fasc. 3, p. 138, 9 fig.

Après avoir rappelé les travaux récents, M. donne la statistique de la clinique de Bonn 1920-1930 ; elle comporte 906 lupiques dont 28 compliqués de carcinome siégeant toujours à la face. L'auteur conclut que le carcinome est d'autant plus rare comme complication lupique que le lupus est mieux traité et plus vite guéri, et demande pour Bonn une installation antilupique spéciale telle qu'il en existe en plusieurs autres pays (conclusion de tous points excellente et qui s'applique à bien d'autres pays que Bonn ! — N. d. T.) CH. AUDRY.

Traitement aurique de la syphilis par le solganal B (Goldbehandlung der Syphilis mit Solganal B), par H. MÜLLER et L. GITMUL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 3, janvier 1931, p. 153.

Après avoir rappelé les diverses tentatives de traitement de la syphilis par des métaux tels que l'antimoine, le vanadium, le tellure, etc., les auteurs résument les résultats qu'ils ont obtenus en employant un aurothioglycose dit solganal B dans 24 cas de syphilis à des moments différents. Les résultats ont été efficaces, mais nullement supérieurs, ni même égaux à ceux que donnent les autres médicaments, et 4 fois sur 24, ils ont eu des accidents exanthématiques.

CH. AUDRY.

Lichen plan et ponction sous-occipitale (Lichen planus und Zysternenponktion), par E. HOFFMANN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 3, janvier 1931, p. 165.

E. H. a pratiqué la ponction sous-occipitale dans 8 cas de lichen plan. 3 fois, le liquide céphalo-rachidien, d'ailleurs normal, a présenté une

réaction aurique. Dans la plupart des cas, le prurit et même les efflorescences cutanées ont été bien impressionnés.

Ch. Audry.

Provocation brusque d'un tabès latent par le salvarsan (Störmische Provokation einer bislang erscheinungsfreien Tabes durch Salvarsanbehandlung), par M. Schubert. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 3, janvier 1931, p. 169.

Après avoir rappelé l'existence de la myélite hémorragique post-salvarsanique, des neuro-récidives médullaires tardives, du pseudo-tabès arsenical, etc., S. donne l'observation d'un garçon de 23 ans, dont la syphilis datant de 7 ans, a été traitée un peu irrégulièrement. Le malade ne présente aucun autre symptôme qu'une réaction de Wassermann faible quand on lui fit subir un traitement par le néosalvarsan et bismogénol. Immédiatement après la troisième injection de néosalvarsan (0,45), frisson, état syncopal, crise douloureuse très violente dans les reins, le bassin, etc. ; puis anurie, fièvre, albuminurie et cylindres. 15 jours plus tard, crise gastrique. Aucune altération anatomique ou chimique du liquide céphalo-rachidien, etc.

S. appuie le diagnostic de tabès sur les crises gastriques, les douleurs fulgurantes, le myosis relatif. Il n'existait aucun autre symptôme du tabès ordinaire.

Ch. Audry.

Epreuve de l'ionophorèse avec action immédiate sur la prostate et les vésicules dans la blennorragie (Ein Ionophoreseversuch mit unmittelbarer Einwirkung auf Prostata und Samenblaschen in der Klinik der Gonorrhœ), par S. Beirach. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 3, janvier 1931, p. 175.

L'ionophorèse d'une solution d'iodure de potassium constitue un excellent traitement de la prostatite et de la spermatocystite blennorragiques. Il y a disparition rapide des symptômes. Ce procédé est supérieur aux autres médications. L'ionophorèse est particulièrement indiquée au décours de la période aiguë et dans les formes chroniques de prostatite et de spermatocystite.

Cette action directe sur les foyers primitifs, que constituent prostate et vésicules, donne de bons résultats dans les métastases observées dans les cas subaigus ou chroniques. Dans les cas invétérés, l'ionophorèse peut être associée avec avantage aux autres procédés (diathermie, vaccinothérapie, massage). Elle constitue, dans les cas d'étiologie douteuse, un moyen de diagnostic. Elle peut aussi être employée pour vérifier la guérison. A la période aiguë de la prostatite, de la spermatocystite et de l'arthrite blennorragiques, l'ionophorèse aggrave l'affection ; elle est donc contre-indiquée. Les maladies chroniques (syphilis, malaria), en affaiblissant l'organisme, diminuent les bons effets de l'ionophorèse.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Morphologie du Lichen plan de la face (enfant de 10 ans) (Zur Morphologie der Lichen ruber planus au der Gesichtshaut), par M. Fellner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 1, 3 janvier 1931, p. 1, 2 fig.

Après avoir rappelé que le lichen plan respecte souvent la peau de la face, et après avoir rappelé les formes atypiques qu'il y apporte, F. dit que chez l'enfant la maladie est exceptionnelle (N. d. T. ??) et il en rappelle, du reste quelques observations antérieures. Dans son cas, il s'agit d'une fillette de 10 ans qui présentait des efflorescences de la face, de la nuque, du cou, et des extrémités supérieures. Sur la face, il s'agissait d'efflorescences très atypiques, sans vraies papules, annulaires, pityriasiformes, et qui disparurent assez facilement ; ailleurs, les éléments étaient très bien caractérisés. Ch. Audry.

Pour la solution du problème colorimétrique en dermatologie (Zur Lösung des Kolorimetrieproblems in der Dermatologie), par R. de Leszczynski. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 1, 3 janvier 1931, p. 6, 2 fig.

En dermatologie, l'appréciation exacte des couleurs est indispensable à la bonne description clinique. Les couleurs se modifient rapidement au cours de l'évolution de la maladie. Il importe donc de bien connaître les couleurs fondamentales qu'on rencontre dans la peau. Le blanc et le noir appartiennent à toutes les couleurs observées (couleurs troubles) ; en outre, on trouve du jaune, du rouge et du bleu. Toutes ces couleurs sont associées pour former les teintes si variées des éléments dermatologiques. Il y a donc le plus grand intérêt, dans une description, à donner au lecteur la teinte exacte : une mensuration physique seule permet d'y arriver. Pour cela, L. a imaginé et fait construire un appareil, inspiré de celui de Davenport, qui permet en clinique journalière, une estimation précise des différentes couleurs composantes.

L. Chatellier.

Hématome du lit de l'ongle dans un cas de parkinsonisme post-encéphalitique (Hämatome des nagelbettes bei einem Fall von postenzephalitischem Parkinsonismus), par v. Poor. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 2, 10 janvier 1931, p. 45, 1 fig.

Chez un homme de 38 ans, atteint de parkinsonisme post-encéphalitique, on vit apparaître sur tous les ongles une infiltration brune, hémorragique, exactement limitée au lit de la phanère. P. rappelle que les hématomes sous-onguéaux apparaissent dans des états pathologiques très divers (infections, trauma, vicariantes, crampes musculaires (tétanos), lésions nerveuses, asphyxiques, etc.). Dans ce cas, l'origine nerveuse paraît indiscutable. Ch. Audry.

Sur la question de l'érythème annulaire chronique migrateur (de Lipschütz) (Zur Frage über Erythema annulare chronicum migrans (Lipschütz), par Krestanov. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 2, 10 janvier 1931, p. 48, 1 fig.

L'érythème annulaire de Lipschütz ne doit pas être confondu avec celui de Darier. Il est caractérisé par l'unicité de la lésion, sa marche chronique, sa limitation précise, l'absence de toute réaction épidermique, une aire considérable (jusqu'à 0,50 de diamètre), l'apyrexie et l'absence de tout symptôme subjectif. Dans le cas de K. (un homme de 23 ans), la lésion qui était développée sur le côté gauche du thorax avait eu comme point de départ une piqûre d'ixode ricin qui a été déjà signalé dans des cas de ce genre, et dont la piqûre n'entraîne pas habituellement les mêmes accidents. Il s'agit probablement d'une infection transportée par la piqûre du parasite. CH. AUDRY.

Le traitement des différentes formes de la mésaortite syphilitique (Die Behandklung der verschiedenen Formen der syphilitischen Mesoaortis), par D. SCHERBER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 2, 10 janvier 1931, p. 56.

Dans l'aortite, c'est, avant tout, au traitement prophylactique qu'il convient de recourir : bonne thérapeutique de la syphilis et bonne hygiène du malade. Même constituée, l'aortite est accessible à la thérapeutique.

Dans l'aortite simple, S. recommande d'abord l'iode, sous toutes ses formes, puis le mercure (modenol) ; les cures suivantes comportent bismuth et arsenic (néosalvarsan ou spirocid), aux doses et intervalles commandés par l'examen clinique attentif. L'iode est toujours à recommander. Même traitement quand il y a lésion valvulaire ou coronarienne, mais avec plus de précaution encore. Il est souvent très utile d'associer les médications toni-cardiaques : caféine, digitale, préparations camphrées. La malariathérapie prudente donne de bons résultats dans les formes bien compensées.

Dans les aortites avec coronarite grave et dans l'anévrysme, traitement, d'abord et surtout, médical ; ensuite, avec prudence, iode, mercure et bismuth. L. CHATELLIER.

Comparaison des réactions de floculation (réaction de Kahn, réaction d'éclaircissement de Meinicke) et de la réaction de Wassermann sur 2.500 sérums (Das Verhältnis der Fällungsreaktionen (Kahn-Reaktion, Meinicke-Klarungsreaktion) zur der Wassermann-Reaktion bei 2.500 Sera), par WERTHER et Lisa BAARS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 2, 10 janvier 1931, p. 61.

Sur 2.500 sérums, 90 o/o de réactions concordantes entre réaction de Kahn et réaction de Wassermann ; 10 o/o de discordances, se répartissant comme suit : 235 K. + et W. — ; 14 K. — et W. +.

Sur 885 sérums examinés à la fois par les trois réactions (Kahn, Meinicke et Wassermann) : 87 o/o de concordances ; 13 o/o de discordances : 100 W. —, K. et M. + ; 14 K. + seul.

Conclusions : les deux réactions de floculation se valent ; elles sont plus sensibles que la réaction de Wassermann : elles sont plus tenaces dans la syphilis latente et souvent plus précoces dans la période pri-

maire. Les auteurs trouvent un nombre assez élevé de réactions de floculation douteuses, non spécifiques, parce qu'ils sont plus larges à la lecture (1,4 o/o au lieu de 0,58 o/o à la Conférence de Copenhague). D'où la nécessité du contrôle par la réaction de Wassermann.

L. CHATELLIER.

Blastomycose ulcéreuse de la peau (Blastomycosis cutis ulcerosa), par O. KIESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 90.

Chez un homme de 43 ans, sans aucun antécédent, la maladie actuelle a débuté sur la joue par une bulle, suivie, trois ou quatre mois après, d'une éruption analogue sur le tronc et les extrémités. Les éléments bulleux, en général, se recouvraient d'une croûte jaunâtre, reposant sur fond rouge, brillant, mou ; on trouvait par places aussi une desquamation pityriasiforme et même psoriasiforme, sur fond sec, lisse et brillant. Certaines efflorescences présentaient une nécrose centrale, bien limitée, suivie de pigmentation et de cicatrice. Successivement apparurent, avec poussées thermiques, des ulcérations du dos, de l'abdomen, de la poitrine, de la joue, du cuir chevelu, de l'aisselle, etc. L'examen microscopique permit enfin de trouver, dans les ulcérations et dans deux abcès de la face, un blastomycète : amélioration par l'iodure de potassium. Ce cas constitue un intermédiaire entre les formes superficielles et les formes profondes. L. CHATELLIER.

Dermatose blennorragique chez le nouveau-né (Gonorrhoische Hautaffektion beim Säugling), par L. HENNING. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 96, 2 fig. en couleurs.

Liebe a signalé un cas de ce genre chez une fillette de 4 jours. Dans le cas de H., il s'agit d'une fillette de 5 mois, atteinte d'ophtalmie gonococcique et de blennorragie uro-génitale. Elle présente depuis plusieurs semaines sur le côté droit de la région abdomino-lombaire, sur le haut de la cuisse correspondante, des efflorescences superficielles pustuleuses et bulleuses dans le pus desquelles on découvrit des gonocoques non douteux, ainsi que dans les sécrétions uro-génitales. Mauvais état général. 4 mois plus tard, la peau de l'enfant était guérie, et elle allait bien, mais elle présentait encore du sang dans les sécrétions vulvo-vaginales. H. insiste après Liebe sur la fugacité des éléments bulleux.

CH. AUDRY.

Histoire du soi-disant érythème infectieux (Zur ältesten Geschichte des sogenannte Erythema infectiosum), par M. KAZAROWA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 99, 1 fig.

On a décrit sous le nom d'érythème infectieux, un exanthème infectieux aigu, déjà nommé en 1889 par Tschamer : rougeole annulaire (Ringelröteln), et caractérisé par une éruption rouge limitée au visage, à l'avant-bras, à la cuisse et aux fesses ,sans catarrhe oculo-nasal. L'auteur montre, par des citations et une planche, que la première et

exacte description de cette affection avait été faite par Willan. Ce dernier l'appelait : « Rubeola sine catarrho ».

L. Chatellier.

Remarques sur le traitement par les rayons-limites de Bucky (Bemerkungen zur Grenzshahlenbehandlung nach Bucky), par A. Bürkmann. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 102.

Les rayons-limites de Bucky sont encore peu employés en dermatologie. C'est, en partie, dû aux difficultés qu'on trouvait à les mesurer exactement : grâce à l'appareil de Strauss (Mekapion), intensité et durée peuvent être mesurées avec précision. A côté d'un bon résultat dans une maladie de Darier, l'auteur rapporte l'histoire d'un malade atteint de nævi vasculaires de la jambe. Traité par les rayons dosés de la même façon, il a présenté une réaction bulleuse, puis ulcéreuse lente à guérir. Cet exemple engage, dit l'auteur, à la prudence.

L. Chatellier.

Le cautère froid comme moyen de choix pour l'ablation des fibromes mous, des verrues multiples et autres tumeurs de la peau (Die Kaltkaustik als Mittel der Wahl zur Entfermung von weichen Fibromen, multiplen Warzen und auderen Neubildungen der Haut), par R. Braun. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 104, 3 fig.

Grâce à un manche interrupteur de sa fabrication, l'auteur introduit, dans ces tumeurs, une aiguille appropriée, sans courant : cette opération est indolore. L'aiguille en place, on donne le courant et l'on enlève la tumeur. L. Chatellier.

Sur les localisations rares du chancre syphilitique du tronc (Ueber seltenere Lokalisationen des Syphilistischen Primäraffektes am Stamme), par W. Rille. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 109.

Parmi les chancres extra-génitaux, les chancres du tronc, exception faite pour le chancre des nourrices, sont rares. R. rapporte les 6 observations faites à la clinique de Leipzig. Dans 5 cas, il s'agit de chancres de la région mammaire (zone mamillaire et paramamillaire) ; le 6e concerne un chancre para-ombilical, accompagné de chancres vulvaires. Tous ces chancres, en général uniques, sont remarquables par leurs dimensions. L'adénopathie axillaire a une valeur particulière dans le chancre du thorax. L. Chatellier.

Le traitement de la syphilis vasculaire (Zur Therapie der Gefässlues), par H. Vörner. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, n° 3, 17 janvier 1931, p. 115.

Parmi les préparations mercurielles, le cinabre est la moins connue, malgré sa faible toxicité. Employé par tatouage dans les efflorescences syphilitiques et le psoriasis, il donne d'excellents résultats. V. l'a employé avec plein succès — et durable — dans des aortites graves, non modifiées par As, associées ou non à des lésions nerveuses. Dose : 0 gr. 1, tous les 3-4 jours dans les veines. L. Chatellier.

Alexis Littre. Sa découverte des glandéoles uréthrales (Alexis Littre der Entdecker der glandulæ urethrales), par H. Rille. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, nº 3, 17 janvier 1931, p. 118.

Dans une intéressante revue historique, l'auteur montre que le nom de Littre (et non Littré ni Litre) mérite d'être retenu, non seulement à cause de la découverte des glandes uréthrales qu'il a décrites, mais aussi à cause de ses nombreux travaux en chirurgie (hernie de Littre) et en anatomie normale et pathologique. Autre titre : il a été le maître de Jean-Louis Petit, « l'un des plus grands chirurgiens de tous les temps ».

L. Chatellier.

Diagnostic du lichen pigmenté (Zur Diagnostik der Lichen Pigmentosum), par Frischmann et B. Berson. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, nº 4, 24 janvier 1931, p. 132, 2 fig.

Le *lichen pigmentosus* (Fabry) est la même maladie que la mélanose de Riehl et Kerl, et que la mélanodermie lichénoïde toxique de E. Hoffmann. Les auteurs donnent l'observation d'un garçon de 12 ans, atteint d'œdème de la face et des extrémités, céphalée, douleurs des membres, etc., albuminurie, probablement tuberculose pulmonaire. Depuis quelques mois, éruption de taches brunes un peu saillantes, irrégulièrement groupées, disséminées particulièrement sur l'abdomen, et un peu partout, excepté la face, le cou et les extrémités supérieures. Le plus souvent il s'agit de taches pigmentaires irrégulières. Au microscope, pigmentation profonde, inflammation évoluant vers l'atrophie.

F. et B. rappellent les théories émises par Riehl : mauvaise nourriture (pain de guerre) et action de la lumière, — et celle de E. Hoffmann (action toxique de produits du goudron de houille et action de la lumière), celle de Pautrier (etc.), actions endocriniennes.

La maladie ne peut ni ne doit être confondue avec les pigmentations consécutives au lichen plan, mais il faut l'en différencier soigneusement.

Ch. Audry.

Dermatoses en traînées sur le trajet des voies lymphatiques en relation avec un traumatisme cutané (Strichformige Hauterkrankung im Verlauf der Lymphbahnen im Auschluss au eine Hautverletzung), par J. Heller. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCII, nº 4, 24 janvier 1931, p. 137, 2 fig.

H. rappelle rapidement les recherches antérieures relatives aux lésions de la peau, et particulièrement à l'eczéma disposé en traînées. 2 cas anciens (Brocq-Brouardel, Orlipsky) où la lésion se développa après un trauma, sont exactement comparables à l'observation de H. : un enfant de 10 ans se blesse sur la face interne de ses jambes. Sur la jambe gauche se développe une traînée linéaire d'eczéma psoriasiforme qui résista à toute thérapeutique, le long du nerf tibial, ou plutôt du lymphatique. H. pense qu'il peut s'agir d'un nævus systématisé brusquement manifeste. Il avait déjà publié un cas du même genre, il y a 35 ans : la traînée eczématiforme allait du pied (malléole interne) à la naissance de la cuisse (inguino-crurale interne) ; mais dans le premier

cas, la maladie survenue ainsi à la suite d'une blessure était guérie en 8 semaines sans récidive. CH. AUDRY.

Zentralblatt fur innere Medizin (Leipzig).

Les recherches nouvelles sur la lèpre (Die Lepraforschung der Neuzeit), par F. KÖLLER. *Zentralblatt fur innere Medizin*, nos 2 et 3, 1931.

Revue des travaux récents sur la géographie, la prophylaxie, le traitement de la lèpre. Bibliographie, à lire dans l'original.

CH. AUDRY.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital (Buenos-Aires).

Dermatose pemphigoïde toxique (Dermatosis penfigoidea toxica), par Julio G. FERNANDEZ et Miguel A. CARRI. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 4e année, n° 6, novembre 1930, p. 47, 3 fig.

Un enfant très nerveux, présente une dermatose pemphigoïde d'une gravité particulière.

On trouve dans le liquide des phlyctènes du streptocoque pur en abondance. Les lésions, symétriques, sont surtout prépondérantes au niveau des jointures.

L'éruption a été précédée d'un prurit intense et d'une sensation de brûlure ; elle a succédé à une angine de caractère grippal, qui avait été traitée par des doses assez élevées d'aspirine. Il existe une otite moyenne bilatérale. L'évolution, d'abord aiguë, puis insidieuse, se termine par la guérison.

L'auteur estime que, dans ce cas, la dermite, survenue à la suite d'une grippe compliquée d'une infection de l'oreille moyenne, s'est développée sur un terrain prédisposé et aurait été facilitée par l'ingestion de fortes doses d'aspirine. J. MARGAROT.

Considérations sur un cas de purpura hémorragique chez une malade atteinte de tuberculose pulmonaire (Consideraciones acerca de un caso de purpura hemorragico en una tuberculosis pulmonar), par Luis R. T. VALLE. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 4e année, n° 6, novembre 1930, p. 150.

Une malade, atteinte de tuberculose pulmonaire fibro-caséeuse commune à forme extensive avec phénomènes toxiques importants d'imprégnation bacillaire (sueurs, tachycardie, fièvre élevée, somnolence) présente des épistaxis, des gingivorragies, des hémoptysies, des taches purpuriques et des ecchymoses. Le temps de saignement est prolongé et la coagulation du sang normale. Le nombre de plaquettes est de 53.700 par millimètre cube.

L'auteur élimine les causes toxiques telles que les injections de sanocrysine, ce traitement étant terminé depuis deux mois quand le purpura est apparu.

Se basant, entre autres arguments, sur la dégénérescence graisseuse du foie observée chez la malade, il conclut à un purpura infectieux secondaire ou symptomatique. J. Margarot.

La malariathérapie et la paralysie générale progressive (La Malarioterapia en la paralisis general progressiva), par Luis Esteves Balado et J. V. d'Oliveira Esteves. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital*, 4e année, no 6, novembre 1930, p. 174.

La malariathérapie constitue le meilleur traitement de la paralysie générale. L'auteur la divise en trois temps : 1° période qui précède l'inoculation ; 2° période d'inoculation ; 3° période qui suit l'inoculation.

a) Dans la première période il convient d'établir le diagnostic clinique et sérologique de la forme évolutive, de manière à poser l'indication du traitement.

Cette indication est constante au début de la maladie, les guérisons obtenues à ce moment étant les plus fréquentes. On doit tenir cependant compte de l'état du foie, du cœur, du rein. L'aortite constitue une contre-indication formelle. Il ne semble pas que la gravidité, au moins dans le premier mois de la gestation, soit de nature à faire rejeter la traitement.

b) Au cours de la seconde période, le malade doit être considéré beaucoup plus comme un paludéen que comme un paralytique. Les courbes de la fièvre, du pouls, de la diurèse doivent être surveillées. On doit également prêter attention aux réactions psychiques et neurologiques et pratiquer une ponction lombaire après chaque série de trois accès pour déterminer l'état du liquide céphalo-rachidien.

c) Au cours de la période post-malarique, le malade est beaucoup plus un syphilitique qu'un paralytique. Il est nécessaire d'agir sur l'état général et de faire un traitement antisyphilitique.

Un peu plus tard (époque permanente de la période post-malarique) le malade doit être considéré beaucoup plus comme un paralytique que comme un syphilitique. La rémission peut être espérée pendant 6 mois. Passé ce temps, la réinoculation est le premier problème à envisager. J. Margarot.

El Dia Médico (Buenos-Aires).

Sur l'équilibre acide-base chez les eczémateux. Le taux de la courbe de glucose, d'urée, de cholestérol et de calcium dans les eczémas (Sobre el equilibrio Acido-Base en los Eczematoses. La tasa y curva de glucosa, urea, colesterol y calcio en el eczema), par Mario E. Massa. *El Dia Médico*, 3e année, no 16, 17 novembre 1930, p. 34.

De l'étude de 92 cas, l'auteur conclut que le problème de l'équilibre acide-base dans l'eczéma ne paraît présenter aucun intérêt clinique et thérapeutique dermatologique fondamental (sur 92 malades, l'équilibre acide-base était normal chez 85 d'entre eux ; 7 seulement présentaient de l'acidose).

En dehors de la courbe du glucose chez quelques hyperglycémiques, la détermination de la quantité de glucose, de calcium, de cholestérol et d'urée dans le sang, ne présente pas une grande utilité dans les eczémas, si l'on en juge par les variations notées chez les malades soumis à l'expérimentation.

En ce qui concerne le métabolisme basal, son importance est grande. Il a été trouvé normal dans 25 cas, abaissé dans 49 cas et élevé dans 49.

L'auteur, considérant l'influence possible de l'hyposulfite de soude sur la fonction de la glande thyroïde et sur le système nerveux vago-sympathique, a traité ces divers malades par l'hyposulfite. Ceux qui avaient un métabolisme bas ont été aggravés par ce traitement ; ceux qui avaient un métabolisme élevé ont été considérablement améliorés ou guéris complètement. Parallèlement, le métabolisme basal s'est rapproché de la normale. J. MARGAROT.

Revista Argentina de Dermato-Sifilologia (Buenos-Aires).

Un cas de psoriasis et de gale (Un caso de psoriasis y sarna), par Pedro L. BALINA, Elias Gavina ALVARADO et Guillermo BASOMBRIO. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, décembre 1930, p. 11, 2 fig.

Schamberg a insisté sur la rareté de l'association du psoriasis et de la gale. La diathèse parakératosique crée un terrain réfractaire au développement de certaines dermatoses.

Le cas observé par les auteurs constitue une exception à cette règle. Le malade semble avoir contracté la gale alors qu'il ne présentait depuis quelques années que des taches discrètes sur les coudes. On trouve en même temps que les élevures scabieuses une poussée de psoriasis à petits éléments, vraisemblablement en rapport avec l'action traumatisante d'un grattage intense. J. MARGAROT.

Un cas d'érythromélie de Pick (Un caso de eritromelia de Pick), par Pedro L. BALINA et Milio Fernandez BLANCO. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, décembre 1930, p. 15, 10 fig.

Revue générale à l'occasion d'un cas personnel typique suivi pendant près de cinq ans. C'est le premier qui ait été diagnostiqué et décrit dans la République Argentine.

Le malade est étranger au pays, mais il l'habitait depuis dix ans, lorsque l'affection s'est déclarée. Il s'agit d'un Espagnol. La syphilis est probable (leucoplasie buccale et dilatation cardio-aortique). Le traitement n'a donné aucun résultat appréciable. J. MARGAROT.

Chancre et syphilides psoriasiformes dans un cas de psoriasis vulgaire héréditaire (Chancro y sifilides psoriasiformes en un caso de psoriasis vulgar hereditaria), par Pedro L. BALINA. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, décembre 1930, p. 46, 3 fig.

Un homme de 21 ans, indemne de toute affection cutanée, mais fils et petit-fils de psoriasiques, présente après un chancre de la cuisse

squameux et croûteux, très psoriasiforme d'aspect, une éruption généralisée de syphilides qui, très rapidement, deviennent psoriasiformes à leur tour. J. MARGAROT.

A propos de deux cas de nodosités juxta-articulaires (A proposito de dos casos de nudosidades yuxta-articulares), par Pedro L. BALINA, G. BASOMBRIO et E. A. AUBRUN. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, décembre 1930, p. 54, 4 fig.

Un Péruvien de 29 ans et un Israélite de 66 ans présentent des nodules juxta-articulaires répondant au type clinique signalé par Lutz et décrit par Jeanselme.

Il s'agit de nodules sous-cutanés, arrondis ou agminés, situés dans le voisinage des articulations et des crêtes osseuses. Ils sont indolores, de consistance ferme, roulent sous le doigt et peuvent exceptionnellement se ramollir et se terminer par une cicatrice, qui n'a rien de caractéristique, si ce n'est son siège juxta-articulaire.

Dans ces deux cas, la syphilis paraît être la cause des lésions : on trouve en d'autres points diverses manifestations de syphilis cutanée ; la réaction de Wassermann est fortement positive ; enfin, la médication spécifique provoque une fonte rapide des nodosités juxta-articulaires en même temps que disparaissent les autres accidents syphilitiques.

J. MARGAROT.

Sur six cas cliniques de lèpre (Sobre seis casos clinicos de lepra), par Pedro L. BALINA. *Revista Argentina de Dermato-Sifilologia*, t. XIII, décembre 1930, p. 71, 4 fig.

Parmi de très nombreux cas de lèpre, l'auteur fait choix de six observations ayant chacune un intérêt spécial.

La première se rapporte à une malade présentant des lésions cutanées pour lesquelles on avait porté le diagnostic clinique de lésions associées de lèpre et de syphilis. Le traitement respectif de chacune des deux maladies a eu une action favorable.

Dans la seconde, l'infection se développe chez une jeune fille dont le père, lépreux, avait quitté son foyer depuis huit ans.

Un troisième malade, atteint de prurigo ferox chronique, présente une lépride anesthésique solitaire de la fesse. Le traitement a pour conséquence la guérison clinique de la lèpre et l'amélioration du prurigo.

La quatrième observation met en évidence l'influence favorable d'une affection aiguë sur l'évolution d'une lèpre de forme maculo-anesthésique.

Le cinquième cas répond à une lèpre cutanée accompagnée d'un état télangiectasique extraordinaire. Il s'agit d'une maîtresse d'école de Buenos-Aires, née où elle a contracté son affection.

Le sixième démontre que les médecins devraient être plus familiarisés avec les multiples aspects de la lèpre et avoir toujours présente à l'esprit la notion de son extrême fréquence dans cette ville : un malade, considéré comme atteint d'une simple callosité plantairé infectée, présente un faciès auquel deux médecins ne prêtent aucune

attention, mais qui attire celle d'un profane. Un spécialiste consulté confirme le diagnostic de lèpre. J. MARGAROT.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur le traitement du pemphigus (Zur Pemphigustherapie), par L. KUMER. *Wiener Klinische Wochenschrift,* n° 2, 1931, p. 42.

K. commence par énumérer les essais récents : stovarsol, plasmochine, vaccination, radiothérapies diverses, régime de Gerson, transfusion du sang, auto-hémothérapie, injection intraveineuse de cacodylate de fer (Davies), héliothérapie associée soit à l'arsenic, soit à la trypaflavine. Lui-même a obtenu un résultat excellent chez un homme de 84 ans et chez un garçon de 8 ans, avec des injections d'un sel d'or (lopion). CH. AUDRY.

Traitement antisyphilitique et accidents de la circulation (Thrombose mortelle de l'artère mésentérique supérieure) (Antiluetischer Kur-und Kreislaufschädigung), par GLASSBERG et K. STEINER. *Wiener Klinische Wochenschrift,* n° 3, 1931, p. 76.

Un homme de 57 ans dont la syphilis remonte à une date inconnue, et présentement atteint de tabès et d'aortite, reçoit 9 injections de salicylate de mercure et 2,40 de néosalvarsan en 6 injections (hebdomadaires). Au bout de ce temps, dermite généralisée, accidents de néphrite hémorragique et pyalique, fièvre, accidents hépatiques, puis syndrome d'appendicite. L'opération montre une gangrène du cæcum. Mort 4 jours plus tard ; à l'autopsie, outre l'aortite, une néphrose, des foyers d'iléite gangréneuse, on trouve une thrombose totale de l'artère mésentérique supérieure. Les auteurs rappellent les recherches antérieures et déjà anciennes qui ont décelé chez l'animal intoxiqué par le salvarsan des foyers de thrombose, un petit nombre de cas d'oblitération artérielle importante chez l'homme, et discutent sur l'étiologie possible de cette thrombose (dont il n'existe pas d'autre exemple pour cette artère) : action du néosalvarsan, importance des lésions aortiques et rénales, influence du mercure, etc., etc. Ils notent que l'on a déjà signalé des accidents intestinaux graves consécutifs au néosalvarsan et insistent sur l'importance qu'il faut attacher aux lésions viscérales dans le traitement antisyphilitique. CH. AUDRY.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

Sur les formes granulaires du spirochète pâle dans les centres nerveux (Sobre as formas granulares do espirocheta pallido nos centros nervosos), par A. C. PACHEDO E SILVA. *Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo,* vol. XIV, n° 5, juillet 1930, p. 182, 6 fig.

Les travaux de nombreux auteurs permettent de conclure à la réalité d'un cycle du virus syphilitique et en particulier à l'existence d'une

forme granulaire qui représenterait une de ses formes de reproduction.

P. e S. trouve sur des coupes du lobe frontal de cerveaux de paralytiques généraux, de nombreuses granulations et beaucoup de formes de transition (rectilignes, fragmentées, en bâtonnets).

Ce qui démontre bien qu'il s'agit d'éléments de spirochètes c'est que ces granulations ne sont pas distribuées d'une façon diffuse, mais sont groupées au voisinage des vaisseaux et des fibres nerveuses en des points où les spirochètes se rencontrent avec la plus grande fréquence. Elles présentent, d'autre part, les mêmes affinités chimiques que les tréponèmes.

Les granulations s'observent surtout dans le cerveau des individus chez lesquels le tableau clinique de paralysie générale était un peu atypique. Il s'agissait de cas d'évolution lente ; quelques-uns même étaient considérés comme des cas de syphilis cérébrale.

J. Margarot.

São Paulo Medico.

Nodulose sous-cutanée articulaire. Maladie de Lutz (Nodulose sub-cutanea articular : molestia de Lutz), par Helion Povoa. *São Paulo Medico*, 3e année, vol. I, nos 6-7, octobre-novembre 1930, p. 297.

L'affection décrite sous le nom de « nodosités juxta-articulaires », a été étudiée surtout par des auteurs brésiliens et serait plus justement appelée nodulose articulaire ou maladie de Lutz, cet auteur étant le premier à l'avoir signalée.

L'auteur en apporte une observation très étudiée, caractérisée par la présence sur la face postérieure des avant-bras et symétriquement, à 5 centimètres du coude, de formations allongées du volume d'un œuf de poule, indolores à la pression, et de consistance faible. On trouve une tumeur analogue au niveau du grand trochanter du fémur droit.

La biopsie montre un tissu conjonctif pur, très condensé, avec des foyers disséminés d'un exsudat presque absolument mononucléaire. La recherche des tréponèmes sur les coupes est négative.

Le malade présente des crises oculogyres. Le liquide céphalo-rachidien est normal. La réaction de Wassermann est négative.

Un traitement par le néosalvarsan et le bismuth fait disparaître les nodules en deux mois.

J. Margarot.

Revista Medica de Colombia (Bogota).

Leucodermie squameuse d'origine spécifique (Leucodermia escamosa de origen especifico), par Manuel José Silva. *Revista Medica de Colombia*, vol. I, n° 3, octobre 1930, p. 154, 1 fig.

Un malade, paraissant dans un état de démence complète, présente une quantité innombrable de taches blanches distribuées sur les téguments. Elles sont faites de squames de dimensions variables, quoique

le plus souvent petites, d'une couleur de neige. Ces éléments dessinent sur la peau des figures diverses, parfois bizarres (fleurs, étoiles, etc.), séparées par des intervalles de peau saine. La dyschromie cutanée est surtout importante à la partie supérieure du tronc et la tête.

La réaction de Wassermann est positive.

On ne trouve aucun signe caractéristique de psoriasis.

Il ne s'agit pas davantage de syphilides psoriasiformes, mais d'une leucodermie squameuse d'origine spécifique en rapport vraisemblable avec un processus super-aigu résultant d'une absence de défenses organiques et d'une idiosyncrasie particulière de la peau, qui s'exfolie comme dans les grandes infections.

Le traitement a pour conséquence la disparition des squames et la pigmentation de certaines taches achromiques.

J. Margarot.

Acta Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Contribution à l'étude de la réaction d'éclaircissement de Meinicke (Contribucion al estudio de la reaccion de aclaramiento de Meinicke (M. K. R.), par M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 1, octobre 1930, p. 3.

La réaction d'éclaircissement de Meinicke est beaucoup plus sensible que le Wassermann et que la réaction d'opacification. Dans les cas étudiés par l'auteur, sa sensibilité est analogue à celle de la réaction de Kahn et un peu inférieure à celle de Muller.

Par contre, sa technique est plus compliquée que celle des réactions d'opacification et des réactions de Kahn et de Muller. Elle présente l'inconvénient d'avoir des résultats sans valeur le jour où les quantités de carbonate de potasse ne sont pas exactement celles qui conviennent. Le temps requis pour la lecture des résultats est plus long que dans les réactions de Kahn et de Muller.

L'auteur estime qu'il n'y a pas lieu pour l'instant, de faire entrer la réaction d'éclaircissement dans sa pratique courante.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de l'urticaire au froid (Contribucion al estudio de la urticaria al frio), par J. S. Covisa et J. Gay Prieto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 1, octobre 1930, p. 10.

L'urticaire constitue la dermatose allergique par excellence. Cependant, si l'on accepte pour définir l'allergie la conception de Doerr, d'après laquelle la réaction allergique dépend de l'union d'un antigène avec un anticorps spécifique correspondant fixé dans une cellule de l'organisme, les urticaires provoquées par les agents physiques paraissent échapper à cette explication.

Les recherches de l'école de Török ont démontré que la chaleur, le froid, les excitations mécaniques, etc., agissant sur l'organisme des

sujets hypersensibles, déterminent la production d'une substance qui constitue le véritable antigène de la réaction allergique.

Dans deux cas, cette notion générale a été vérifiée mais les résultats obtenus présentent une légère discordance avec ceux de Lehner.

Un enfant de deux ans et demi, présente après la guérison d'une gale compliquée de pyodermite, une éruption d'urticaire qui apparaît toutes les fois que le petit malade est exposé au froid.

On note en même temps un choc hémoclasique, démontré par l'abaissement du taux des globules blancs et l'inversion de la formule leucocytaire (de 19.000 à 11.000 ; passage des polyneutrophiles de 49 à 37 et des lymphocytes de 47 à 61).

Le second cas se rapporte à un malade de 26 ans présentant une urticaire très accentuée au froid.

Comme Lehner, les auteurs ont obtenu la production de lésions urticariennes par l'injection intracutanée de sérum de malade avec une plus grande intensité lorsqu'il s'agissait du sérum obtenu après la production artificielle de l'urticaire.

Par contre, leurs propres recherches établissent la transmission passive de la sensibilité au froid antérieurement à l'éruption urticarienne artificielle, et l'échec des transmissions passives réalisées avec le sérum obtenu après l'éruption.

Ils concluent de ces résultats que le mécanisme de l'éruption serait le suivant :

Le sérum du malade hypersensible contient certaines substances (anticorps) transmissibles par la méthode de Prausnitz-Küstner. L'action du froid provoque la formation d'une autre substance qui remplit le rôle d'antigène.

Cette substance qui peut être mise en évidence dans le sérum du malade après l'éruption urticarienne, détermine par son union avec l'anticorps la réaction allergique (urticaire) et neutralise les anticorps circulant dans le sérum.

Au bout d'un certain temps disparaît du sérum la substance douée d'un pouvoir antigénique et les anticorps spécifiques peuvent être mis en évidence par la méthode de Prausnitz-Küstner.

J. Margarot.

Commentaires sur la sérologie actuelle de la syphilis (Notes sur la réaction de Kahn) (Commentarios a la serologia actual de la sifilis (Notas sobre la reaccion de Kahn), par Alfonso Garcia Santiago. *Actas Dermo Sifiliograficas*, 23e année, no 1, octobre 1930, p. 16.

A l'heure actuelle la sérologie de la syphilis doit être basée conjointement sur les réactions d'hémolyse et de floculation.

De même, il est nécessaire d'opérer simultanément avec le sérum inactivé et avec le sérum non chauffé.

Les réactions de Hecht et de Kahn réunissent les conditions indispensables de sécurité et de sensibilité de technique, permettant de les

utiliser systématiquement dans la pratique et, partant, de ne recourir à d'autres méthodes que dans des cas spéciaux.

J. MARGAROT.

Contribution au diagnostic cytologique des rétrécissements gonococciques de l'urètre (Contribucion al diagnostico citologico de las estrecheces uretrales gonococicas del hombre), par Ricardo BERTOLOTY. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 23e année, n° 1, octobre 1930, p. 22, 5 fig.

La présence de fibroblastes dans l'exsudat uréthral d'un malade ayant des antécédents gonorréiques, est une donnée importante pour le diagnostic d'un rétrécissement.

On trouve ces fibroblastes chez des sujets qui ne présentent pas de manifestations actives d'infection locale. Leur élimination présente une évolution aseptique. Ils sont libérés par les infiltrations embryonnaires de l'urèthre et à la période terminale de leur transformation fibreuse.

J. MARGAROT.

Arthrite syphilitique symétrique tertiaire sur les deux genoux (Artritis sifilitica simetrica, terciaria en ambas rodillas), par Enrique A. SAINZ DE AJA, et Miguel FORNS CONTERA. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 23e année, n° 1, octobre 1930, p. 27, 2 fig.

Arthrite syphilitique typique des deux genoux avec prolifération du périoste, décelée par la radiographie, notion d'une syphilis ancienne et guérison par le traitement spécifique. J. MARGAROT.

Traitement des pyodermites par le bactériophage (Tratamiento de las piodermitis por el bacteriofago), par Huberto SANZ et BENITEZ. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 23e année, n° 1, octobre 1930, p. 32.

Les cas traités se rapportent à des furoncles du cou, à des anthrax, à des hidrosadénites, à des adénites inguinales, à des furoncles à répétition, à des abcès multiples. Ils concernent des enfants et des personnes adultes.

Le bactériophage a été surtout utilisé par la voie sous-cutanée. La réaction locale est légère. Elle consiste en une douleur peu intense et un léger érythème inflammatoire. Les phénomènes généraux sont ordinairement peu marqués (oscillations thermiques habituellement de faible amplitude).

Sous l'influence du traitement les lésions régressent rapidement. Le pourcentage des guérisons est à peu près le même que celui des statistiques rapportées par les auteurs français.

Le bactériophage est inoffensif et donne, dans les pyodermites profondes, furoncles, anthrax, etc., des résultats supérieurs et surtout plus rapides que les autres agents thérapeutiques.

J. MARGAROT.

Nouvelle contribution à l'étude de la chrysarobine dans le traitement du psoriasis (Nueva aportacion al estudio de la crisarrobina en el tratamiento del psoriasis), par BARRIO DE MEDINA. *Actas Dermo-Sifiliograficas,* 23e année, n° 1, octobre 1930, p. 37.

L'auteur a traité quatre cas de psoriasis par la chrysarobine en solution colloïdale. La médication a été bien tolérée.

L'administration buccale de la solution à 2 0/00 (10 à 15 gouttes) n'a donné aucune amélioration. L'injection intraveineuse de la solution à 1 0/00, à la dose de 10 centimètres cubes, paraît, par contre, avoir eu une certaine action chez l'un des malades.

Une conclusion définitive ne saurait être portée sur la valeur du traitement d'après ces seuls résultats. L. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Syphilis et tuberculose. Orientation thérapeutique (Sifilis y tuberculosis. Orientacion terapeutica), par Antonio Cordero SOROA. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 63, décembre 1930, p. 130.

Les malades atteints à la fois de syphilis et de tuberculose peuvent être répartis en 3 groupes :

1° Syphilis constitutionnelle ancienne et tuberculose pulmonaire.

2° Tuberculose pulmonaire ancienne et syphilis récente.

3° Tuberculose pulmonaire récente et syphilis également récente.

Dans le premier cas, la tuberculose évolue ordinairement comme chez un individu sain à la condition que la syphilis soit parvenue à un stade de latence. Le pronostic est favorable en ce sens que la syphilis ancienne, par sa tendance à produire du tissu conjonctif, va favoriser la guérison de la tuberculose. Celle-ci évoluera d'une façon torpide, revêtira la forme fibreuse et les lésions auront une tendance à la calcification.

Le traitement à suivre devrait, d'après certains auteurs, viser uniquement la tuberculose. En ce qui concerne la syphilis, on utilisera surtout les sels solubles de mercure, en particulier le benzoate, certains composés bismuthiques comme le salicylate ou encore certains arsenicaux pentavalents susceptibles d'être administrés par la bouche. Les iodures et les préparations salvarsaniques sont contre-indiqués.

Dans le deuxième cas (tuberculose pulmonaire ancienne et syphilis récente) si la tuberculose est guérie ou s'accompagne d'un bon état général du malade, la syphilis peut évoluer comme chez un sujet sain à la condition qu'un traitement intempestif ne vienne pas réveiller la tuberculose. Si, au contraire, ce qui est le plus fréquent, la syphilis apparaît chez un tuberculeux pulmonaire atteint d'une affection chronique stationnaire, mais étendue, le pronostic est grave. Il est des cas dans lesquels on observe de la broncho-alvéolite, de la pneumonie caséeuse, du ramollissement des foyers tuberculeux, une altération grave de l'état général avec fièvre élevée, des hémoptysies. La mort est souvent rapide.

Le traitement doit être à base d'arsenicaux et commencé par les arsenicaux pentavalents administrés par voie buccale ou sous-cutanée. On fera ensuite appel aux arsenicaux trivalents en injections intravei-

neuses, en fractionnant les doses et en utilisant des solvants spéciaux.

Le troisième cas (syphilis et tuberculose récente) constitue la combinaison la plus défavorable. Les résultats sont ordinairement funestes. Le traitement doit être aussi précoce, aussi intense, et aussi prolongé que le permet l'état du malade. La thérapeutique salvarsanique permet parfois d'obtenir de véritables résurrections.

Parmi les préparations bismuthiques on choisira les iodo-bismuthates et les lipo-solubles. Les mercuriaux insolubles sont formellement contre-indiqués. La meilleure préparation paraît être le benzoate de mercure. Les iodures doivent être rejetés d'une façon générale, sauf dans quelques cas de tuberculose latente fibreuse ; on les associera à divers médicaments, et en particulier, à l'adrénaline pour éviter les effets vaso-dilatateurs de l'iodisme. J. MARGAROT.

L'allergie cutanée en vénéréologie. Sa vérification Son interprétation et sa valeur diagnostic. Second mémoire (La alergia cutanea en venereologia. Su comprobacion, interpretacion y valor diagnostico. Secundo Memoria), par Eduardo DE GREGORIO et GARCIA SERRANO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 63, décembre 1930, p. 151.

Les auteurs pratiquent l'intradermo-réaction de Bruck en utilisant comme antigène les vaccins gonococciques du commerce.

Les résultats positifs sont nombreux dans les cas d'infection gonococcique récente. Ils démontrent clairement l'existence d'un état allergique dans la blennorragie, coïncidant généralement avec une réaction de déviation du complément positive.

Toutefois, la réponse de l'organisme à l'inoculation intradermique n'est pas constante. L'intensité de la réaction est variable de même que le moment de son apparition. Il existe une influence non douteuse de la nature de l'antigène employé, de sa composition, du nombre de germes qu'il renferme, de son pouvoir antigénique et des variétés de races microbiennes.

La valeur diagnostique de l'intradermo-réaction perd de son importance si l'on considère qu'elle est négative dans un nombre important de cas et que, par contre, il existe chez beaucoup de malades, un état allergique vis-à-vis de protéines étrangères.

J. MARGAROT.

Lépride cutanée comme première manifestation de la maladie de Hansen (Lepride cutanea como primera manifestacion de Hansen). par Antonio PEYRI, *Ecos Españoles de Dermatologia y Syphiligrafia*, 6e année, no 63, décembre 1930, p. 165.

Un malade présente depuis 8 ou 9 mois, une tache sur la moitié gauche de la lèvre inférieure, se prolongeant dans la fosse nasale par l'orifice narinaire. Elle est de coloration rose violacé, lisse, légèrement infiltrée avec des bords bien limités. Elle est alopécique et de sensibilité normale.

Le diagnostic de maladie de Hansen est fait par la mise en évidence du bacille dans une phlyctène provoquée sur la tache par une application de neige carbonique.

Il s'agit d'un cas de lèpre commençante, caractérisée par une plaque unique, faisant penser à un chancre lépreux, bien que cette interprétation soit discutable par suite de l'absence des caractères cliniques observés en pareil cas. J. Margarot.

Ulcère tuberculeux de la lèvre supérieure (Ulcera tuberculosa del labio superior), par Antonio Peyri. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Syfiliografia*, 6e année, n° 63, décembre 1930, p. 167.

Un malade, antérieurement atteint d'érysipèle avec lymphangite intermittente, présente un ulcère rectiligne, à bords verticaux, sur la lèvre supérieure. La biopsie confirme le diagnostic d'ulcère tuberculeux. La sanocrysine donne une amélioration notable.

J. Margarot.

Angiokératome de Mibelli (Angioqueratoma de Mibelli), par Antonio Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 63, décembre 1930, p. 168.

Une malade présente un angiokératome dont l'intérêt tient à la localisation spéciale sur la jambe.

Des injections de tuberculine donnent une amélioration rapide.

J. Margarot.

Une éruption de toxituberculide avec polymorphisme chez une malade anciennement atteinte d'érythème induré de Bazin (Un brote de toxituberculide con polimorfismo en una antigua enferma de eritema indurado de Bazin), par José Maria Peyri et J. Mercadal. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 63, décembre 1930, p. 168.

Une malade, antérieurement atteinte d'érythème induré de Bazin, présente une éruption de toxi-tuberculides polymorphes et un angiokératome.

L'éruption est apparue après la suspension du traitement alimentaire de Sauerbruck. L'auteur se demande si la récidive n'est pas imputable à la suppression de ce traitement. J. Margarot.

Prurigo chronique (Prurigo cronico), par Jaime Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, n° 63, décembre 1930, p. 169.

Un malade de 57 ans, alcoolique invétéré et grand fumeur, a présenté, il y a 14 ans, à Buenos-Ayres, au cours de la convalescence d'une maladie infectieuse, une furonculose suivie de plaques érythémateuses sécrétantes et prurigineuses sur la face et sur les oreilles, persistant durant tout l'été et disparaissant quand arrive l'hiver. Le malade éprouve une sensation de froid. La peau est infiltrée, de consistance pâteuse avec adénopathies multiples et œdème des jambes.

On trouve un peu d'albumine dans l'urine et 2 gr. 40 d'urée dans le sang.

Il s'agit en somme, d'un prurigo, qui a commencé par être saisonnier et qui, à l'heure actuelle, évolue sur un fond urémique. Il ne s'agit cependant pas d'une action purement toxique.

La biopsie démontre des altérations des terminaisons nerveuses. D'autre part, on sait que la plupart des poisons qui s'éliminent par la peau ne sont pas prurigènes. Le prurigo est à la fois d'origine toxique et spasmophilique. J. MARGAROT.

Dermite exfoliatrice. Etude d'un cas (Dermitis exfoliatriz. Estudio clinico de un caso), par José Tragant CARLES. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 6e année, no 63, décembre 1930, p. 171.

Une malade présente un érythème diffus occupant la presque totalité du corps avec desquamation en petites lames, prurit généralisé et, en quelques points, léger suintement.

L'état général est assez bon. Les fonctions digestives sont régulières. L'urine est normale.

Cette malade avait depuis très longtemps des accès d'asthme. Ils ont disparu quand la dermite s'est manifestée. J. MARGAROT.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Parapsoriasis varioliforme aigu (Pityriasis lichenoides et varioliformis acuta of Habermann), par SENEAR et OLIVER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, no 1, janvier 1931, p. 12.

Description de trois nouveaux cas de parapsoriasis varioliforme illustrant son analogie et la difficulté du diagnostic avec les syphilides papuleuses, la varicelle et les tuberculides papulo-nécrotiques. Aperçu bibliographique. S. FERNET.

Parapsoriasis varioliforme (Pityriasis lichenoides et varioliformis), par GROSS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, no 1, janvier 1931, p. 33, 4 fig.

G. cite trois nouveaux cas de parapsoriasis varioliforme portant à 40 le nombre des cas décrits.

Dans les trois observations, il y avait, d'une part, des macules et des papules lichénoïdes et des papules surmontées de squames adhérentes, en pain à cacheter, d'autre part, des papules surmontées de vésicules hémorragiques ou de croûtes, évoluant vers la nécrose centrale et aboutissant à la formation de petites cicatrices superficielles entourées d'un halo pigmentaire. Il y a donc toujours dans ces cas des lésions typiques de parapsoriasis auxquelles sont surajoutés des éléments papulo-nécrotiques hémorragiques.

Chez l'un des malades l'affection avait débuté brusquement et simulait une varicelle ; sa durée a été de 2 mois. Chez un autre, elle a duré un an. Le troisième présentait un parapsoriasis chronique au cours duquel,

pendant quelques mois, on a observé des papules nécrotiques et hémorragiques isolées.

Il paraît au premier abord difficile d'identifier le parapsoriasis varioliforme, affection aiguë et subaiguë, avec le parapsoriasis lichénoïde, affection chronique par définition. Cependant, l'étude histologique montre que les lésions hémorragiques et nécrotiques se forment par simple intensification du processus habituel du parapsoriasis comme peuvent se former des bulles pemphigoïdes au cours d'un lichen plan bulleux.

Il s'agit donc bien d'une variété aiguë du parapsoriasis lichénoïde, variété qui est conditionnée uniquement par l'intensité du processus local .On observe du reste sur certains de ces malades des formes intermédiaires. S. FERNET.

Acné phlegmoneuse (Acne conglobata), par MICHELSON et ALLEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 1, janvier 1931, p. 48.

Sous le nom d'*acné conglobata*, M. et A. étudient cette affection chronique inflammatoire qui est caractérisée, d'une part, par des lésions d'acné vulgaire, telles que comédons, papules et pustules et, d'autre part, par des collections fluctuantes sous-cutanées, à contenu souvent huileux, quelquefois purulent, recouvertes d'une peau livide, s'amincissant progressivement et finissant par s'ouvrir en donnant lieu à des fistules, longtemps intarissables, puis à des ponts cicatriciels ou à des chéloïdes. Cette affection est particulière au sexe masculin ; elle peut évoluer sur toutes les parties du corps, mais prédomine à la partie inférieure du tronc.

M. et A. citent un cas de ce genre chez un homme de 45 ans dont le corps était criblé de lésions polymorphes d'acné, d'abcès multiples, de cicatrices et passent en revue toutes les hypothèses étiologiques qui ont été suggérées. S'agit-il d'acné, de pyodermite, de tuberculose ou d'une entité spécifique ? Il ne paraît pas possible de se prononcer. Mais M. et A. signalent cependant que chez leur malade il n'y avait aucun signe de tuberculose viscérale, l'intradermo à la tuberculine était négative, la cuti-réaction positive ; un traitement par les sels d'or n'a pas modifié les lésions. L'examen bactériologique révélait la présence du staphylocoque blanc. Le contenu des abcès était auto-inoculable et reproduisait des collections purulentes du même type.

S. FERNET.

Les accidents de la chrysothérapie (Untoward results from the use of gold compounds), par DRIVER et VELLER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 1, janvier 1931, p. 87.

Une femme de 41 ans, de bonne santé générale, atteinte d'un lupus érythémateux de la face, reçoit une injection de 25 milligrammes de thiosulfate double d'or et de sodium qui ne donne lieu à aucune réaction. Une seconde injection de 50 milligrammes est pratiquée quatre jours après. Deux jours après cette injection, la malade présente un

prurit généralisé, un érythème, des myalgies, de la fièvre, puis de l'albuminurie, un syndrome hémorragique, nécessitant une transfusion, un ictère, de la surdité, du délire. Elle meurt 16 jours après la deuxième injection au cours d'un syndrome complet d'ictère grave.

A propos de cette observation, D. et W. réunissent et étudient les faits du même genre qui ont déjà été publiés en divers pays.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Le traitement de la paralysie générale par l'hyperpyrexie diathermique The treatment of dementia paralytica with hyperpyrexia produces by diathermy), par Neymann et Osborne. *The Journal of the American Medical Association*, vol XCVI, 3 janvier 1931, p. 7.

25 paralytiques généraux ont été traités par la diathermie de manière à élever leur température à 43 et même 44°. Aucun accident grave n'a été observé. On note 66 o/o de rémissions complètes et 8 o/o d'améliorations manifestes.

S. Fernet.

Étude comparative biologique et histologique des ganglions lymphatiques des syphilitiques (Comparative biologic and histologic study of lymph glands from syphilitic patients), par Saleeby et Greenbaum. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, no 2, 10 janvier 1931, p. 98, 4 fig.

S. et G. ont comparé la valeur des méthodes de coloration et d'inoculation pour la recherche du virus syphilitique dans les ganglions lymphatiques. Ils ont extirpé les ganglions inguinaux de 21 syphilitiques non traités, ayant tous des Bordet-Wassermann positifs et dont la plupart présentaient des lésions en activité. Une partie des ganglions furent émulsionnés et inoculés à des lapins, l'autre fut colorée par la méthode de Levaditi et par l'hématoxyline-éosine.

La coloration permit de déceler des tréponèmes dans 5 cas seulement sur 21 : 4 cas de syphilis secondaire et un cas de syphilis primaire. Sur ces 5 cas, 2 seulement contenaient des tréponèmes typiques, les 3 autres ne contenaient que des petits granules intracellulaires s'imprégnant d'argent et qui paraissaient bien être des tréponèmes altérés.

L'inoculation au lapin s'est montrée bien supérieure pour déceler la présence du virus syphilitique ; 13 lapins sur 21 furent infectés directement, chez 3 autres l'infection a été révélée après un deuxième passage ; 5 sont restés indemnes. Ces lapins furent sacrifiés et on fit la recherche des tréponèmes dans les viscères : de nombreux organes en contenaient, les testicules 3 fois, les ganglions 5 fois, le cœur et l'aorte 2 fois, etc. Mais on a constaté avec une fréquence bien plus grande, la présence de petits grains noirs qui n'ont pas la morphologie des tréponèmes mais qui, cependant, pourraient être des tréponèmes phagocytés.

Ce travail montre donc l'insuffisance des méthodes de coloration et pose le problème de la nature des grains noirs, déjà observés par divers auteurs et dont l'interprétation est difficile ; il pourrait s'agir de tréponèmes altérés et réduits à l'état de grains ou d'une forme d'un cycle évolutif dont l'existence n'est pas encore démontrée.

S. Fernet.

The New England Journal of Medecine.

Grossesses compliquées de tabès (Pregnancy complicated by tabes), par Williams. *The New England Journal of Medecine*, 15 janvier 1931, p. 119.

W. a observé trois grossesses successives chez une femme de 29 ans, atteinte de tabès.

Le premier accouchement se fit spontanément et presque sans douleurs. Au second, la malade, croyant devoir aller à la selle, accouchait, sans s'en rendre compte, dans les cabinets et l'enfant fut noyé. Au cours de la troisième grossesse, elle présenta des douleurs fulgurantes et des crises gastriques. La dilatation se fit complètement sans la moindre douleur, mais il n'y eut aucun effort d'expulsion et on dut recourir à la version podalique.

Les trois enfants étaient nés à terme, étaient bien constitués ; les deux vivants avaient des Bordet-Wassermann négatifs.

L'influence du tabès sur la grossesse se manifeste par : l'absence complète de la perception des mouvements du fœtus par la mère, l'indolence de l'accouchement, l'absence des efforts expulsifs, les muscles abdominaux ne participant pas au travail, d'où nécessité d'intervenir dès que la dilatation est complète.

L'influence de la grossesse sur le tabès paraît se limiter à une exagération passagère de l'ataxie et de l'incoordination du fait du déplacement du centre de gravité. S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Pemphigus et glandes endocrines, par Edoardo Balbi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 103, 7 fig. Bibliographie.

L'étiologie si obscure du pemphigus a donné lieu à de nombreuses théories pathogéniques que l'auteur passe en revue : rétention dans le sang de matières excrémentielles, rétention de chlorures (Kartamischeff) ; altérations des centres nerveux de régulation du chlore (Ollendorf et Buschke) ; théorie infectieuse : virus neurotrope. Enfin, dans ces dernières années semble avoir prévalu une théorie endocrino-sympathique, basée sur des constatations cliniques et anatomo-pathologiques (lésions des ganglions sympathiques et des glandes endocrines) et sur

les résultats de la Rœntgencastration. Exposé des différents travaux et recherches relatifs à cette dernière théorie.

B. rapporte ensuite les observations de sept malades, qui tous ont succombé, les six premiers au pemphigus, le septième à une dermatite herpétiforme, dont on sait les analogies avec le pemphigus. Tous ces malades ont été autopsiés, et l'attention s'est portée avec un soin particulier sur les glandes endocrines. On a constaté un état normal du pancréas et des surrénales, un état, inconstant, d'hypofonction thyroïdienne, et des altérations plus importantes seulement aux dépens des glandes génitales et de l'hypophyse, ce qui est assez logique, étant donné les relations physiologiques bien connues qui existent entre ces deux glandes. Mais cependant, ces lésions étaient inconstantes et peu caractéristiques, de sorte qu'on peut les considérer aussi bien comme une conséquence du pemphigus et non comme une cause. B. conclut donc que, dans le pemphigus, il n'y a pas de déviation constante de un ou plusieurs organes endocriniens, et que la maladie peut apparaître et évoluer chez des sujets dont le système incrétogène est à peu près normal dans sa structure, et sans doute aussi dans sa fonction.

Quant aux arguments cliniques en faveur de la théorie endocrino-sympathique, ils sont au nombre de trois : 1° aggravation de l'éruption du pemphigus pendant les règles ; 2° rareté du pemphigus chez les sujets jeunes et apparition au contraire chez des gens d'un certain âge ; 3° résultats de la Rœntgencastration. B. discute ces divers arguments, montre qu'ils ne sont pas très probants et que les faits leur apportent de fréquentes contradictions.

Conclusion : la théorie endocrinienne du pemphigus n'a pas, pour le moment, de base solide ; la maladie peut se développer en présence de situations génitales hormoniques très diverses, sans même qu'il y ait de déviation glandulaire constante dans un sens déterminé. Des considérations analogues peuvent se répéter pour les autres glandes endocrines. Les altérations histologiques constatées dans ces glandes sont probablement secondaires et ne permettent pas d'affirmer une origine génitale ou pluri-glandulaire du pemphigus. BELGODERE.

Cutis capitis gyrata sur pemphigus foliacé, par GIOVANNI TRUFFI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 142, 4 fig. Bibliographie.

L'auteur a publié récemment sur la *cutis capitis gyrata* un important travail qui a été analysé ici en son temps. Il apporte une nouvelle observation de cette curieuse maladie, avec cette circonstance particulière, qu'elle s'est développée chez une femme atteinte de pemphigus *foliacé*, dont les lésions généralisées évoluaient depuis dix ans. Il décrit les lésions de ce pemphigus et celles de la tête, qui étaient étendues à la totalité du cuir chevelu, de sorte qu'il ne s'agissait pas de *cutis verticis*, mais de *cutis capitis*. Mais le point le plus intéressant de l'observation, c'est l'examen histologique d'une biopsie prélevée sur ce cuir chevelu :

il a permis de constater des lésions qui ne sont autres que celles du pemphigus *végétant ;* importante infiltration dermique, avec forte prédominance d'éosinophiles, hyperplasie *in toto* de l'épiderme avec acanthose prononcée des bourgeons interpapillaires, phénomènes colliquatifs cellulaires dans la zone épithéliale. De sorte que ce test histologique pourrait fournir de bons arguments en faveur de la thèse soutenue par certains de l'identité des diverses formes de pemphigus.

La malade fut soumise à des applications de rayons X, qui amenèrent une amélioration, c'est-à-dire une diminution notable des plis sur les points irradiés, mais cette amélioration ne fut que temporaire ; de pareilles améliorations ont été obtenues par d'autres auteurs, dans les cas où la *cutis verticis gyrata* avait un substratum inflammatoire, mais non, bien entendu, lorsque l'anomalie est due à un nævus, à une particularité de la structure crânienne, ou à un défaut de corrélation entre le développement des téguments et celui du squelette du crâne.

Outre ces lésions, la malade présentait, à la paume des mains et à la plante des pieds, une *kératodermie ponctuée.* D'après T., il s'agit du même processus que sur les autres parties de la surface cutanée où il aboutit à la production du pemphigus foliacé. Mais sur ces régions, en raison de l'épaisseur de la couche cornée, au lieu de pemphigus, il se produit un épaississement de la couche cornée, avec hyperkératose circonscrite sur certains points, délimitant ainsi des dépressions cratériformes qui aboutissent à cet aspect ponctué.

Comme les malades atteints de pemphigus foliacé sont souvent soumis à des traitements arsenicaux intensifs, l'hypothèse doit aussi être envisagée d'une kératodermie arsenicale surajoutée à un pemphigus. T. ne pense pas du reste que cette interprétation puisse être admise pour sa malade. BELGODERE.

La thihémie dans les dermatoses, par G. CASTELLINO. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, **vol. VI, fasc. 2, novembre 1930,** p. 156. Bibliographie.

Considérations générales sur l'importance du soufre dans l'organisme. Relations du métabolisme de cette substance avec des organes importants tels que le foie, les surrénales, le pancréas, la rate, la peau. Le rôle de cette dernière, en particulier, a été bien mis en évidence par les travaux de Loeper.

C'est sur ce dernier point que l'auteur a dirigé ses recherches, pratiquant, sur une série de malades atteints de diverses dermatoses, des dosages de soufre dans le sang. Il a ainsi dosé le soufre total ST, le soufre oxydé SO, le soufre neutre SN, et établi d'après ces chiffres le rapport SN-ST.

Les résultats ont été très variables et ne permettent aucune conclusion nette : le métabolisme du soufre paraît subir souvent des influences individuelles indépendantes de tout état pathologique. Dans divers cas

de la même maladie, dans les diverses phases d'une même maladie on peut obtenir des résultats très contradictoires.

La seule constatation assez nette a été une augmentation assez sensible du rapport SN-ST dans les dermatoses avec lésions étendues ; ce fait concorderait bien avec l'opinion de Loeper sur le rôle important de la peau dans le métabolisme du soufre. Il est aisé de comprendre que, dans le cas de lésions cutanées étendues, le métabolisme du soufre soit plus profondément troublé. Toutefois, il ne faut pas perdre de vue les relations de ces lésions cutanées avec les glandes endocrines, qui elles aussi, exercent une influence importante sur le métabolisme du soufre.

BELGODERE.

Forme rare de syphilis héréditaire tardive, par N. BAGNOLI. *Archivio di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 180. Bibliographie.

Les manifestations infiniment variées de la syphilis en font une maladie protéiforme dont le diagnostic se heurte souvent à de grandes difficultés. Cela est encore plus vrai pour la syphilis héréditaire, si bien qu'il serait difficile et même impossible de donner de cette dernière une description précise dans un traité didactique. Si la syphilis héréditaire peut revêtir le masque de maladies très diverses, c'est cependant avec les lésions de la tuberculose que la confusion est le plus fréquente, particulièrement pour ce qui concerne les lésions cutanées.

B. relate le cas d'un enfant hérédo-syphilitique dont l'histoire est un exemple frappant de ces difficultés de diagnostic : enfant de 14 ans, dont le père est mort à la suite d'un ictère. Cet enfant, depuis une dizaine d'années, présentait aux deux jambes des ulcérations que leur aspect avait fait considérer comme tuberculeuses : les traitements les plus variés avaient échoué. La réaction de Bordet-Wassermann s'étant montrée fortement positive, on soupçonna l'hérédo-syphilis, le traitement spécifique fut institué et amena la guérison.

B. examine un par un les différents points particuliers de cette observation, qui ne sauraient être résumés, il discute chacun d'eux et montre qu'il n'en est pas un pour lequel on aurait pu invoquer des arguments aussi bien pour que contre la syphilis. Cependant, les présomptions penchaient tout de même plus fortement en faveur de la syphilis. C'est souvent ainsi en matière d'hérédo-syphilis : pas de certitude absolue, des présomptions.

Pour B., les meilleurs éléments de cette présomption en faveur de la syphilis sont : 1° la réaction de Bordet-Wassermann positive ; 2° l'évolution des lésions plus rapide dans la syphilis que dans la tuberculose ; 3° le traitement d'épreuve.

BELGODERE.

Etude sur l'équilibre électrolytique dans quelques dermatoses du groupe du pemphigus, par G. SANTOJANNI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia, e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 165. Bibliographie.

Dans le pemphigus on s'est beaucoup occupé du métabolisme du NaCl, mais dans les dermatoses en général on ne s'est pas suffisamment appesanti sur le comportement de tous les autres électrolytes. S. passe en revue les différents travaux qui ont été entrepris dans cette voie. Ce qui semble avoir le plus d'importance ce ne sont pas tant les valeurs absolues des quantités des différents anions et cathions, que leur proportion relative, leurs rapports, et les variations de ces rapports suivant les influences pathologiques.

Ces variations doivent être suivies dans le sang, l'urine, la peau, le liquide de bulles spontanées ou provoquées ; il convient aussi de contrôler le rôle régulateur de l'équilibre électrolytique du sang attribué à certaines glandes, notamment le foie et les parathyroïdes, le rôle important joué aussi par le système neuro-végétatif et le système nerveux central.

S. a entrepris des recherches dans ce sens sur une série de malades, dont 5 atteints de différentes formes de pemphigus et 1 de maladie de Duhring. Il a dosé chez ces malades le Ca, le Mg, le Na, le P, le Cl le K.

De ces recherches, il tire les conclusions suivantes :

1° Chez les sujets atteints de pemphigus, l'équilibre électrolytique du sang est évidemment troublé, spécialement au point de vue des rapports des divers éléments ; cependant, ces modifications sont peu importantes, ne se produisent pas toujours dans le même sens et d'une manière constante pour les différentes formes, sauf pour ce qui concerne le Na, dont le taux s'est montré dans tous les cas un peu inférieur à la normale.

2° Les examens comparatifs ne font ressortir aucune différence notable entre l'équilibre électrolytique du sang, celui des bulles spontanées ou provoquées et celui du liquide céphalo-rachidien, de même, sont négligeables les modifications de cet équilibre sur l'influence des phases résolutives de la maladie.

3° Il est permis de soupçonner l'existence de rapports entre les troubles de l'équilibre électrolytique du sang et un déséquilibre endocrino-sympathique, et aussi avec certaines altérations du système nerveux central rencontrées chez des sujets atteints de pemphigus, et portant sur des centres qui sont considérés comme doués d'un pouvoir régulateur sur les éléments minéraux du sang. Toutefois, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne peut encore être question que d'hypothèses ; il pourrait s'agir en effet de lésions secondaires à une cause, infectieuse ou toxique, qui serait le véritable facteur étiologique de la maladie.

BELGODERE.

Molluscum contagiosum localisé exclusivement au cuir chevelu, par NICOLETTI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 194, 2 fig. Bibliographie.

Il n'y a, dans la littérature, que six cas de *Molluscum contagiosum*

du cuir chevelu. N. les cite (il en oublie au moins un, celui du Japonais Zen Ohya, publié ici : voir octobre 1930, p. 1038) et il en apporte un cas nouveau, chez un enfant de sept ans. Outre sa rareté, cette observation est rendue particulièrement attrayante par ce fait que l'enfant en question avait la teigne et avait été irradié 40 jours avant l'apparition du *Molluscum*. D'où les questions suivantes : la contamination était-elle antérieure ou postérieure à l'irradiation ? L'enquête semble avoir démontré l'antériorité. Donc, les rayons seraient sans action sur le parasite. Cependant Barcat a publié un cas de guérison de *Molluscum contagiosum* par le radium. Donc, le radium et les rayons X n'auraient pas les mêmes effets. Ces différents points appellent donc de nouvelles recherches. BELGODERE.

Observations sur l'acariose des céréales dans la province de Reggio d'Emilie, par R. ROZZOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 199.

L'acariose des céréales a été bien décrite pour la première fois par Ducrey en Toscane en 1908. Depuis, cette dermatose a été constatée un peu dans toutes les régions de l'Italie. R. a eu l'occasion de l'observer dans la province de Reggio d'Emilie et il rend compte des particularités qu'il a constatées.

L'affection se diffuse dans des régions entières, elle est intermittente dans une localité donnée, mais constante chaque année, en rapport avec la récolte du grain et l'usage des fourrages (fèves) pour le bétail. Elle se présente sous la forme d'une éruption érythémato-vésiculeuse, l'érythème plus ou moins intense, affectant parfois un aspect ortié, et sur cet érythème, apparaissent de petites vésicules, qui parfois évoluent vers la forme pustuleuse, ou bien se dessèchent en croûtelles jaunâtres et hématiques.

Les habitants des régions atteintes consultent rarement le médecin, car ils font usage par eux-mêmes d'une pommade sulfureuse qui donne d'ailleurs des résultats très satisfaisants.

R., pour sa part, a obtenu de très bons résultats en utilisant une pommade dite *Mitigal*, préparation soufrée dont il ne donne pas la composition exacte, et qui a l'avantage, non seulement de calmer l'inflammation de la peau, mais d'apaiser rapidement le prurit assez vif dans cette affection. Quant au parasite, qui ne séjourne pas sur l'homme, on le détruit par l'action du sulfure de carbone sur les vêtements, le linge, les sacs à grain, etc... BELGODERE.

Encore sur la culture artificielle du bacille de Hansen hors de l'organisme humain, par M. GRAVAGNA. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 2, novembre 1930, p. 202.

Pendant de longues années, le Professeur Gravagna s'est efforcé dans de patientes recherches pour tâcher d'obtenir la culture du bacille de Hansen. Il n'a jamais pu parvenir à trouver un milieu de culture propice et a fini par renoncer à ses recherches. Aussi a-t-il été fortement

intéressé en lisant (dans ces *Annales*), le compte rendu des travaux du Dr Nicolas Greco, qui affirme que ses recherches dans le même but auraient été couronnées de succès. Le Pr Gravagna a donc entrepris des recherches de contrôle en suivant bien exactement la technique indiquée par Greco. Ces nouvelles recherches ont donné des résultats aussi négatifs que les premières : il a bien trouvé, dans certains tubes de culture, des bacilles de Hansen, mais c'étaient des bacilles qui, manifestement, provenaient du fragment de léprome utilisé pour l'ensemencement. G. conclut donc que la parole de Besnier et Doyon reste toujours vraie : *on ignore encore l'art de cultiver le bacille de Hansen hors de l'homme.*

BELGODERE.

Syndrome aigu de section transversale totale de la moelle épinière chez une fillette congénitalement luétique (Contribution clinique et anatomo-pathologique à l'étude des dégénérescences médullaires par ramollissement thrombosique), par G. de Toni et Mario Scarzella. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 3, décembre 1930, p. 207, 8 fig. Bibliographie.

Les auteurs ont eu l'occasion d'observer une fillette de huit ans, atteinte de syphilis vraisemblablement congénitale, chez laquelle, en pleine santé, se développa en 24 heures, une paraplégie flasque avec abolition totale de la sensibilité et paralysie des sphincters. Puis survinrent les escharres de décubitus, la cystite, la fièvre septique et la malade succomba au bout de trois mois et demi sans que cette évolution fatale ait été retardée par aucune ébauche d'amélioration.

Les auteurs font une étude approfondie de ce cas et, discutant le diagnostic au point de vue clinique, concluent à une paraplégie par myélite luétique en se basant surtout sur la réaction de Bordet-Wassermann positive dans le sang et dans le liquide céphalo-rachidien.

Passant à l'étude anatomo-pathologique, ils décrivent méticuleusement les lésions macroscopiques et microscopiques, consistant surtout dans des foyers de nécrose et de dégénérescence multiples de la moelle, au niveau des segments 4-5-6 de la région dorsale. L'un de ces foyers, plus important que les autres, avait des caractères tels qu'on pouvait affirmer qu'il s'agissait d'un foyer de ramollissement ischémique. Cette constatation est importante, car d'autre part, on ne pouvait relever de signes vraiment nets de réaction inflammatoire : les granulocytes, les lymphocytes se rencontraient bien dans les zones dégénérées, mais en faible quantité. Il est vrai que, d'une manière générale, on ne rencontrait pas non plus de lésions vasculaires nettes : pas d'endartérite, pas de vaisseaux thrombosés sauf au voisinage immédiat des foyers de dégénérescence. Mais le foyer net et important indiqué ci-dessus avait des caractères tellement typiques qu'ils ont emporté dans l'esprit des auteurs la conviction que les lésions de dégénérescence médullaires étaient bien dues à un mécanisme circulatoire, à des lésions vasculaires provoquées par l'hérédo-syphilis. Ainsi, le diagnostic histologique se trouve d'accord avec le diagnostic clinique.

L'intérêt de ce cas réside surtout dans le fait que des syndromes morbides et des tableaux anatomo-pathologiques de ce genre n'ont pas encore été décrits chez l'enfant, en rapport avec l'hérédo-syphilis.

BELGODERE.

Sur un cas de tuberculose cutanée végétante, par Alessandro FERRARI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 3, décembre 1930, p. 236, 1 fig. Bibliographie.

La tuberculose cutanée est très variable dans ses aspects. On en décrit bien quatre formes classiques : lupus vulgaire, tuberculose verruqueuse, tuberculose miliaire ulcéreuse, tuberculose colliquative ou scrofuloderme, mais dans la pratique, on rencontre fréquemment des cas que l'on est embarrassé pour faire rentrer dans l'un ou l'autre de ces cadres didactiques un peu artificiels ; cela est vrai, notamment pour les formes de tuberculose cutanée qui ont tendance à former des nodosités, des élevures, des végétations : tuberculose fongueuse de Riehl, tuberculose frambœsiforme, tuberculose fongueuse serpigineuse de Jadassohn, tuberculose lymphangitique, tuberculose à grosses nodosités, etc.

L'auteur étudie un de ces cas de tuberculose végétante qu'il a eu l'occasion de traiter ; le malade était un jeune homme, les lésions végétantes siégeaient au membre inférieur gauche et elles s'accompagnaient d'éléphantiasis.

La lésion initiale était une nodosité à siège dermo-épidermique, s'accroissant vers l'extérieur, évoluant par ramollissement et ulcération.

Du fond et des bords de cette ulcération se développe une vive prolifération qui s'étend en hauteur et aboutit à la production de végétations exubérantes réunies en amas à aspect de tumeurs, molles, violacées.

Au point de vue du diagnostic, les résultats négatifs des cultures, de la sporo-agglutination, de l'intradermo-réaction, du traitement iodique, permirent d'éliminer l'hypothèse d'une mycose. Par contre, les résultats de l'examen histologique, la vivacité des réactions allergiques, l'évolution, orientèrent le diagnostic du côté de la tuberculose, malgré l'absence de bacilles de Koch, et les inoculations négatives, qui peuvent s'expliquer par des phénomènes allergiques.

Quant à la classification morphologique, F. ne pense pas que le cas étudié puisse être considéré comme une tuberculose fongueuse de Riehl, ou comme une tuberculose frambœsiforme. Étant donné l'évolution des lésions, il pense qu'il s'agit plutôt d'un cas de tuberculose colliquative, mais avec une évolution singulière, caractérisée par le développement sur les ulcérations de végétations particulièrement accentuées.

Cette évolution végétante n'a pas reçu jusqu'ici d'explication bien nette : on soupçonne qu'elle est due à des infections secondaires, à des associations microbiennes.

L'éléphantiasis qui accompagnait ces lésions tuberculeuses est lui aussi mal expliqué. On a invoqué la sclérose et l'oblitération des ganglions lymphatiques et cette explication serait d'autant plus acceptable pour le

cas de F. que, chez son malade, l'ablation des ganglions inguinaux avait été pratiquée. Mais, dans d'autres cas, une telle interprétation n'est pas satisfaisante, de sorte que certains auteurs ont fait intervenir une action inflammatoire sur l'appareil lymphatique, due au bacille de Koch ou à d'autres micro-organismes secondaires, qui ont envahi les lésions ulcéreuses. BELGODERE.

Sur la kératodermie palmaire et plantaire symétrique érythémateuse (Besnier), par Luigi VERCELLINO. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 3, décembre 1930, p. 254. Bibliographie.

Rappelons les caractères de la *kératodermie palmaire et plantaire symétrique érythémateuse des adultes* de Besnier : épaississement plus ou moins accentué de la couche cornée, qui apparaît avec une coloration jaunâtre ou jaune grisâtre ; au-dessous de cet épaississement, rougeur qui dépasse la zone hyperkératosique sous forme d'un ourlet érythémateux de 4-8 millimètres de largeur, le tout accompagné de prurit tantôt léger, tantôt accentué ; affection non congénitale. Il en existe en outre une variété décrite par Brooke et Dubreuilh sous le nom d'*érythème kératosique*, qui se caractérise par une évolution plus rapide.

L'auteur décrit deux cas de kératodermie, l'un chez une femme de 42 ans, l'autre chez une fillette de 14 ans, dont les caractères sont bien ceux de la forme de Besnier ou plutôt de la variété de Brooke et Dubreuilh.

L'apparition et l'évolution de cette affection, ainsi que l'efficacité rapide et décisive du traitement opothérapique montrèrent sans aucun doute le lien qui la reliait à la fonction ovarique. Cette conception pathogénique fut d'ailleurs confirmée par les épreuves pharmaco-dynamiques et autres dont il nous est impossible de rapporter le détail.

A ce propos, l'auteur développe des considérations sur l'importance de la fonction menstruelle dans la pathogénie de nombreuses dermatoses, et il insiste en particulier sur les rapports entre les kératodermies palmaires et plantaires et le système endocrino-sympathique. Dans l'un de ces deux cas cette influence était rendue particulièrement manifeste par la constatation de symptômes généraux d'hyposympathicotonie.

Mais par quel mécanisme les troubles endocrino-sympathiques retentissent-ils sur la peau ? Théorie de Unna : ralentissement de la circulation sanguine, accumulation consécutive de CO^2 dans les tissus, amenant l'hyperkératose. Théorie de Morpurgo : il y aurait une hyperémie active due à l'excitation du sympathique, d'où intensification du processus de régénération physiologique amenant une suractivité de la couche basale de l'épiderme.

V. se rallie plutôt à cette dernière théorie, parce que, dans ses deux cas, l'hyperémie était plutôt active que passive.

Enfin, ce travail se termine par la relation incomplète d'un troisième cas de kératodermie qui fut rapidement guéri par l'administration d'extrait thyroïdien et testiculaire, ce qui apporte une nouvelle démons-

tration des relations qui unissent les kératodermies palmaires et plantaires avec le système endocrino-sympathique.

BELGODERE.

Considérations sur un cas d'angiokératômes, par Nino BAGNOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VI, fasc. 3, décembre 1930, p. 273, 6 fig. Bibliographie.

Après un chapitre d'historique de cette maladie, dont la paternité a été contestée à tort à Mibelli, qui a eu cependant des précurseurs, comme dans toute découverte, l'auteur étudie un cas observé chez une jeune fille de 14 ans. Les lésions étaient symétriques aux mains et aux pieds ; le cas différait des prescriptions classiques parce qu'il y avait trois sortes d'éléments : 1° les uns, cornés, rouge-brun, comme on les rencontre de coutume ; 2° les autres verruqueux, ayant l'aspect d'élevures grisâtres et rugueuses ; 3° les troisièmes, des éléments kératosiques, sans érythème. Mais l'examen histologique a montré que tous ces éléments étaient de même nature et avaient bien la structure classique de l'angiokératome. Ce qui faisait la différence d'aspect morphologique, c'est que la couche d'épiderme corné qui recouvrait la dilatation vasculaire était mince et transparente sur certains éléments, plus épaisse au contraire pour les éléments d'aspect verruqueux.

BELGODERE.

Sur le séro-diagnostic de Sciarra, par Giuseppe TORNABUONI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, p. 303. Bibliographie.

La réaction de Sciarra : réaction sérologique à l'alcool, modalité particulière de la réaction de Bordet-Wassermann, fait en Italie l'objet de nombreuses discussions et les sérologistes de la péninsule sont assez divisés à son endroit, parfois même excités. Aussi, T. a-t-il voulu entreprendre des recherches de contrôle, pour tâcher de tirer au clair les raisons des divergences d'opinion qui se sont manifestées. Il est impossible de donner un compte rendu d'expériences de laboratoire et de discussions sur des points de technique sérologique. Aussi, devons-nous nous borner à enregistrer les conclusions que l'auteur tire de ses recherches.

1° La réaction de Sciarra est justifiée, et elle révèle des états particuliers de labilité sérique qui sont fréquents, mais non constants, ni exclusifs de l'infection luétique.

2° En raison de son mécanisme intime, elle ne peut pas garantir, et pratiquement elle ne garantit pas des résultats qui puissent être considérés comme spécifiques, ni se prévaloir d'une sensibilité particulière.

3° La technique elle-même, bien qu'elle paraisse simple et uniforme, offre des difficultés notables qui compromettent beaucoup la valeur des résultats.

4° Sa valeur clinique doit être tenue pour inférieure à celle de la

réaction de Bordet-Wassermann et aussi à celle des plus récentes et plus fines réactions de floculation. Belgodere.

Sur un cas de favides (Contribution à l'étiologie et à la pathogénie des favides), par Barbaglia, *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, p. 336, 5 fig.

Le Pr Barbaglia rapporte l'histoire d'un enfant de 14 ans, qui était atteint sur presque tout le corps d'une éruption légèrement prurigineuse apparue tout d'un coup, avec accompagnement de légers frissons et de légère réaction thermique. Cette éruption était polymorphe et comprenait trois sortes d'éléments : papuleux lichénoïdes, vésiculeux, érythémato-squameux. Cet enfant était atteint de favus étendu du cuir chevelu dans lesquelles on identifia sans peine l'*Achorion Schönleini*. L'éruption cutanée disparut, mais elle fit de nouveau son apparition à plusieurs reprises, toujours avec le même polymorphisme, la même extension, la même évolution par poussées, certaines de ces poussées paraissant provoquées par les applications de rayons X.

A deux reprises, la présence de l'*Achorion* put être constatée sur des coupes d'éléments éruptifs *récents*. Une hémoculture également donna un résultat positif, avec du sang prélevé *au moment de l'apparition de l'éruption*. Au contraire, les examens histologiques et hématologiques furent négatifs quand on les pratiqua loin du début. Toutefois, même sur les éléments éruptifs anciens, il fut possible de déceler des formes à contour peu précis que B. considère comme des éléments mycéliens en voie de destruction.

Pour le Pr Barbaglia, ces faits éclairent la pathogénie des manifestations cutanées qui accompagnent les mycoses. On les a expliqués par trois théories : *ectogène, lymphogène, hématogène*. Pour B., chez les sujets atteints de teignes, il s'établit un état de *demi-immunité* (prouvé par la déviation du complément) et un état d'*hypersensibilité* (prouvé par les réactions consécutives aux injections d'extraits parasitaires). Cet état allergique explique la présence du parasite dans les éléments éruptifs et dans le sang au début de l'éruption, leur absence plus tard, les formes altérées des périodes intermédiaires. Ces faits prouvent bien que les éruptions qui accompagnent les mycoses sont dues au transport à la peau de matériel mycotique, et que le parasite parvient à la peau par la voie sanguine. Belgodere.

Quelques cas (7) de microsporie à Catane, par Giovanni Lanteri. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, 7 fig.

Parmi les hyphomycètes pathogènes pour l'homme, le microsporon est celui qu'on rencontre le moins souvent ; ce genre comporte d'ailleurs des variétés assez nombreuses. En Sicile, aucun cas n'avait été rencontré jusqu'en 1925. A cette époque, Truffi en découvrit 7 cas qu'il rapporta au *M. niveum*. Depuis, on n'en avait pas observé d'autres. L'auteur a eu dans ces derniers temps l'occasion d'en découvrir

7 cas nouveaux, dont il rapporte les observations et les résultats de laboratoire.

Sur ces 7 cas, il y en avait 3 dont les cultures avaient les caractères du *M. lanosum*. Mais les 4 autres donnèrent une variété culturale dont les caractères : bouton lanugineux blanc, très saillant, avec aréole étroite, faible vitalité, absence de fossettes radiées, présence de peu d'organes en fuseau et de quelques éléments dentelés et pectinés, inoculation positive au cobaye, etc..., ne permettaient pas de les faire rentrer dans un des cadres connus, bien que certains de ces caractères soient ceux du *M. umbonatum*. En tout cas, il ne s'agissait pas du *M. niveum* découvert par Truffi et L. en donne les raisons. S'agit-il alors d'une variété nouvelle de microsporon ? Peut-être, mais il faut aussi songer que les champignons de cette famille ont une tendance très marquée au pléomorphisme et L. pense qu'il est peut-être aventureux de décrire des variétés nouvelles, et pour lui l'hypothèse n'est pas à rejeter que les diverses variétés du microsporon ne seraient que les aspects divers d'une même famille.

En faveur de cette hypothèse, il note que, dans un de ses cas, l'ensemencement sur des tubes multiples avait donné lieu à des cultures de *M. lanosum*, sauf dans un des tubes où les caractères de la culture étaient différents. L'inoculation de cette dernière culture au cobaye fut négative ; pour L., cet échec s'explique par le fait que le pléomorphisme est un signe de dégénérescence, contrairement à l'opinion de Sabouraud.

BELGODERE.

Eruptions dues au bismuth, par C. IGEVSKY (de Moscou). *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, p. 368.

L'auteur passe en revue les travaux antérieurs sur la question, notamment ceux de Gougerot et Peyre, de Galliot, Hudelo et Rabut, Levy-Frankel, etc... Il rappelle que les accidents ne sont pas toujours occasionnés par le Bi lui-même mais par les substances associées : par exemple, intolérance à la quinine dans le cas de quinio-bismuth. Il rappelle aussi que contrairement à l'intolérance arsenicale, qui dure des années, celle du Bi peut être temporaire.

Il rapporte ensuite longuement l'observation d'un cas d'intolérance par le Bi observé par lui à Moscou chez une femme de 34 ans. Cette femme fut atteinte d'une éruption cutanée symétrique, à quatre reprises et avec des médicaments différents. Trois fois, à la suite d'injections intramusculaires de composés insolubles de Bi (bijochinol russe : suspension oléeuse de iodoquinate de Bi ; bismuthogwi russe ; tartrate bismuthopotassique) une autre fois à la suite d'une injection mercurielle (sublimé) ; tandis que la malade supportait bien ce même sublimé mélangé à l'arsénobenzol et à NaI en injections intraveineuses.

Les éruptions cutanées observées chez cette malade étaient du type scarlatiniforme, avec desquamation palmaire et plantaire. Pour I. l'appa-

rition de l'éruption à la suite de l'injection de sublimé ne serait pas due à une intolérance à ce médicament, mais à une mobilisation sous l'influence de cette injection des réserves de Bi accumulées dans les tissus.

Néanmoins, il est connu que des médicaments variés peuvent déterminer le même type éruptif. Buschke explique ce fait par une prédisposition constitutionnelle chez certains individus qui donne lieu sur la peau à des *groupes morphologiques définis.*

L'auteur rapporte aussi le cas d'une autre malade chez laquelle les injections de bijochinol provoquaient des éruptions pétéchiales. Remise à ce même traitement au bout de plusieurs mois, il fut parfaitement toléré : exemple d'intolérance temporaire. BELGODERE.

Ichtyose et pseudo-ichtyose cornée (Contribution anatomo-clinique et pathogénétique), par Ugo CAVALLUCCI. *Archivio Italiana di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, p. 384, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur fait remarquer que l'ichtyose cornée ou *sauriasis*, n'est pas une affection aussi bien définie qu'on le croit généralement. En effet, elle est parfois confondue avec les pseudo-ichtyoses cornées, qui sont en général, soit des hyperkératoses ichtyosiformes, soit des nævi hyperkératosiques et verruqueux, etc...

Au point de vue clinique, le principal caractère distinctif c'est que l'ichtyose vraie est symétrique et diffuse. Au point de vue histologique, on admet en général que, dans l'ichtyose vraie, il y a un épaississement considérable de la couche cornée et une atrophie des autres couches de l'épiderme, avec un derme normal ; tandis que, dans les pseudo-ichtyoses, il y a un épaississement de toutes les couches de l'épiderme, et en outre des infiltrations périvasculaires, des lésions régressives aux dépens des glandes sébacées et sudoripares et des follicules pilifères détachés et remplis de substance cornée. Mais tous les auteurs cependant ne sont pas d'accord sur ces signes différentiels.

C. a eu l'occasion d'étudier un cas intéressant d'hyperkératose ichtyosiforme circonscrite de la cuisse, apparue à la suite de l'ablation des ganglions inguinaux correspondants, qui détermina un état éléphantiasique du membre. Ces altérations cutanées qui s'accompagnaient d'eczéma et d'ulcérations trophiques de la jambe, reproduisaient singulièrement, par leur aspect morphologique et leur symptomatologie subjective, les lésions du sauriasis typique.

Quant aux caractères histologiques, ils ne pourraient servir de base à un diagnostic. C. rappelle en effet l'opinion de Darier : « les altérations qu'on attribue à la forme histrix sont identiques à celles de l'hyperkératose ichtyosiforme et des nævi hyperkératosiques ».

C. conclut donc que le diagnostic entre la vraie et la fausse ichtyose cornée doit être basé sur les données anamnestiques relatives aux circonstances de l'apparition de la lésion cutanée, plutôt que sur les caractères morphologiques et histologiques, et ces anamnestiques doivent suffire pour éviter la confusion. BELGODERE.

Technique de laboratoire, les antigènes cholestérinés dans le séro-diagnostic de Wassermann, par MARTINOTTI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. VI, fasc. 4, janvier 1931, p. 396.

M. fait remarquer que les antigènes artificiels ont été en général abandonnés et que seuls, les antigènes d'organes syphilitiques et d'organes normaux sont restés dans la pratique.

Mais l'antigène d'organe syphilitique, principalement de foie, devient de plus en plus difficile à se procurer, et de plus en plus coûteux.

Les antigènes d'organes normaux ont l'inconvénient de perdre rapidement leur activité ; ils ne se conservent guère plus de deux semaines.

Il y a un moyen d'éviter cet inconvénient : l'addition de cholestérine. Par ce moyen, l'action spécifique de l'antigène est augmentée, son pouvoir stabilisé et il conserve le même titre pendant des mois.

Mais, pour bien préparer un antigène cholestériné, certaines précautions et certaines règles sont indispensables. M. indique quelles sont celles qui sont observées dans son laboratoire et qui ont fait leurs preuves sur près de 10.000 réactions de Bordet-Wassermann effectuées. Ces détails de technique de laboratoire ne se peuvent résumer et nous renvoyons au texte original ceux que la question intéresse plus particulièrement.

BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Observations sur la membrane dite basale et sur le tissu réticulaire du derme dans la peau normale et dans quelques dermatoses (Recherches sur les rapports dermo-épidermiques), par G. MANGANOTTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1930, p. 1901, 9 fig. Bibliographie.

L'auteur a étudié la peau de 58 sujets, 12 normaux, 46 atteints de dermatoses diverses, pour chercher à préciser le mode de jonction entre l'épiderme et le derme. Ces recherches n'ont pas pu confirmer l'existence d'une couche épaisse, continue, anhiste entre les deux tissus, ni l'engrènement de fibrilles conjonctives avec les cellules épithéliales. Au contraire, on a constaté qu'au contact avec la couche basale de l'épiderme, il existe une zone de tissu réticulaire qui appartient au mésenchyme dermique et qui n'entre pas en rapport avec les cellules conjonctives. Cette *couche réticulaire* est en continuité avec le tissu conjonctif sous-jacent et ne doit pas être considérée comme une véritable membrane au sens propre du mot, mais probablement comme une disposition particulière des colloïdes intercellulaires qui sont en rapport avec l'épiderme, disposition du reste assez diffuse dans l'économie et qui peut se rencontrer dans d'autres organes.

Dans les conditions pathologiques, cette couche réticulaire peut perdre son affinité pour l'argent et montrer les caractères du tissu collagène ou de la substance hyaline, dans certains cas, elle peut se montrer très augmentée d'épaisseur, par l'adossement des fibrilles réticulaires

présentes dans les infiltrats dermiques. Tandis qu'en effet dans les conditions normales, le tissu réticulaire est limité seulement autour des glandes sudoripares, des follicules pilo-sébacés et des capillaires, en outre de la couche réticulaire, dans les conditions pathologiques, il se distribue en grande abondance entre les cellules des infiltrats, donnant lieu à des dispositions variées par la disposition diverse des fibrilles, lesquelles constituent schématiquement trois types de trame : adénoïde, linéaire, arciforme. Ces types qui ne sont pas caractéristiques de telle ou telle forme morbide particulière mais semblent plutôt liés aux différents types cytologiques des cellules du mésenchyme, peuvent être construits avec des fibrilles tantôt normales, tantôt hypertrophiées, à disposition en spirale, avec imprégnation irrégulière.

Il semble licite d'avancer l'hypothèse que, quand des facteurs exogènes ou endogènes viennent à troubler l'équilibre normal physicochimique des tissus cutanés, ceux-ci réagissent avec des modifications variées, à la suite desquelles les fibres conjonctives changent leurs affinités chimiques et les cellules mésenchymateuses entrent en prolifération ; les éléments cytologiques eux-mêmes, une fois entrés en activité, pourraient influencer directement les modifications des substances intercellulaires.

On peut enfin penser que, parmi les cellules mésenchymateuses, un groupe se développe plutôt qu'un autre, en rapport avec la qualité variable des causes perturbatrices et surtout en raison de l'orientation constitutionnelle différente du type biologique.

BELGODERE.

A propos d'un cas de dermatose allergique, par E. CIAMBELLOTTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 1917, 7 fig., 9 pages de bibliographie.

C. rapporte l'histoire d'une jeune fille qui ne présentait rien d'anormal dans ses antécédents héréditaires et personnels, chez laquelle, en pleine santé, on vit apparaître une dermatite très aiguë, avec fièvre élevée, qui envahit tout le corps, de type morphologique érythémato-vésiculeux, qui disparut en quelques jours en donnant lieu à une desquamation furfuracée très abondante.

Toutes les autres hypothèses possibles ayant été écartées, l'auteur pense à une cause endogène d'origine externe qui aurait agi sur un sujet allergique ; mais les cuti-réactions les plus variées donnent un résultat négatif. Tardivement, on vient à apprendre que l'éruption est apparue 22 heures après l'ingestion d'une cuillerée d'une potion anticatarrhale contenant de la codéine. Les recherches sont alors reprises avec cette substance, mais le résultat immédiat est encore négatif. Mais 24 heures plus tard, une efflorescence érythémato-vésiculeuse, semblable à l'éruption générale, se manifeste au point d'application. Or, chez les témoins, ce dernier phénomène ne s'observe pas, et, par l'intradermo-réaction, tout se borne à un pomphyx local notable, mais fugace. Il en résulte

donc que la dermatose observée est l'expression cutanée d'une crise allergique par la codéine.

On ne peut pas parler d'hypersensibilité, attendu que les mêmes doses (un dix-millionième de gramme) provoquent la réaction pomphoïde immédiate aussi bien chez le sujet allergique que chez les témoins, et parce que, en outre, l'apparition tardive de la réaction cutanée démontre la nécessité d'un processus de transformation de la codéine en substance plus particulièrement toxique. Ce fait, d'après C., confirme une hypothèse qu'il a soutenue précédemment, à savoir que, entre l'organisme allergique et l'allergène, il se produit une réaction mutuelle avec formation consécutive d'une substance dérivée universellement toxique.

Cette hypothèse trouve encore une autre confirmation dans ce fait que, en exécutant le transport passif, ou en injectant chez les témoins un mélange de sérum et d'allergène, on obtient, soit une abréviation de la durée du temps de latence pour l'apparition du pomphyx réactionnel, soit une dimension de celui-ci beaucoup plus grande qu'avec la codéine seule ; l'union du sérum allergique avec la codéine aboutit donc à la formation d'un dérivé plus toxique.

Ces faits confirment une fois de plus que l'allergie n'est pas seulement de l'hypersensibilité, mais aussi une agression active de l'allergène avec formation de produits de désintégration toxiques.

L'apparition constante d'une dermatose érythémato-vésiculeuse quelle que soit la voie de pénétration de la codéine indique que le siège de l'état allergique doit être recherché dans les différentes couches de la peau et que la voie d'apport ne représente pas par suite un facteur prépondérant dans le siège et la morphologie de la réaction allergique qui assume des caractères spécifiques selon le tissu dans lequel elle se développe.

Il est probable que, dans le cas envisagé, l'allergie est exclusivement cutanée, comme le prouve ce fait qu'aucune autre manifestation n'est apparue aux dépens des autres organes ; et elle est limitée à la peau parce que, lors des précédents apports, elle a été seule à fixer le toxique et à l'extraire de la circulation (hyperpexie cutanée).

Le cas est important, non seulement parce qu'il est un exemple des cas très rares d'allergie vis-à-vis d'un alcaloïde, mais aussi parce que c'est un des cas très rares où il a été possible d'identifier la substance anaphylactogène et de reproduire avec cette substance un état pathologique de la peau semblable en tout à celui qui était apparu naturellement.

Belgodere.

Contribution à l'étude du pityriasis versicolor achromiant, par Mario Artom. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 1945, 6 fig. Bibliographie.

La question des achromies parasitaires est d'actualité à la suite des travaux de Gougerot et de son école. Le Pr A. fait un rapide historique

de la question et rapporte un cas personnel, celui d'un jeune homme de 18 ans dont une grande partie du tronc, *et le visage*, étaient le siège d'innombrables taches achromiques, isolées ou confluentes, consécutives à un *pityriasis versicolor* dont il existait au tronc des éléments typiques par l'aspect et la couleur.

Des recherches effectuées, l'auteur tire quelques conclusions relatives aux achromies parasitaires. Avant tout, il affirme qu'il s'agit bien de véritable achromie et non de fausse achromie ; il tire cette conviction non seulement de nombreuses considérations et expériences, mais encore de ce fait que, en éliminant au moyen d'un disque opaque l'action des rayons ultra-violets sur une zone cutanée, on vit se produire également dans cette zone des macules achromiques. Il discute ensuite les rapports entre le pityriasis de nos pays et celui des tropiques, mettant en relief l'importance du cas observé (qui est le premier dans lequel on ait observé la localisation du *Microsporon furfur* au visage) au point de vue de l'identification de ces deux formes hyphomycétiques au point de vue clinique et il discute les possibilités de leur différenciation microscopique.

Enfin, il traite de la pathogénie de l'achromie décrite. A ce propos, il examine l'hypothèse selon laquelle le rôle du champignon se limiterait à celui d'une protection de la peau contre les rayons ultra-violets, montrant par des arguments et des recherches le peu de valeur de cette hypothèse. Il esquisse l'hypothèse d'une action antiphotosensibilisatrice du champignon qui demanderait confirmation. Il envisage ensuite le groupe des hypothèses qui mettent en jeu une action liée à une activité particulière du parasite, rappelant à ce propos les observations de Truffi et Lombardo sur le pigment des trichophytes dans la vie parasitaire. L'auteur ne croit pas qu'il y ait une absorption du pigment cutané par le parasite ,et même il combat l'opinion de ceux qui considèrent la dyschromie cutanée comme intimement liée au processus subi par la plaque de pityriasis en vertu duquel celle-ci, de brune, devient blanche ; pour A., les deux processus sont indépendants.

Il envisage la possibilité de l'entrée en jeu de phénomènes d'oxydation ou de phénomènes de sidérophilie déterminés par le champignon sur le tégument. Il conclut en se déclarant favorable à la conception qui attribue à la leucodermie parasitaire la même pathogénie qu'aux autres nombreuses leucodermies d'autre nature, c'est-à-dire l'entrée en jeu d'un processus de nature inflammatoire dont il trouve confirmation dans les précédentes recherches sur l'histopathologie du *pityriasis versicolor*, état inflammatoire qui s'accompagne d'un facteur constitutionnel cutané spécial.

BELGODERE.

La teigne chez l'adulte, par Florio SPRECHER. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 1956, 3 pages de bibliographie.

Si la teigne est une maladie, selon l'expression de Sabouraud, de

l'*âge de l'école*, cette règle cependant n'est pas absolue et il arrive que l'on en constate des cas chez des adultes. L'auteur rapporte l'histoire d'une petite épidémie familiale qui atteignit tout d'abord deux enfants d'une famille aisée et soignée. Ce n'est que par hasard et alors qu'une enquête méticuleuse était restée sans résultat qu'on découvrit la source de la contamination : c'était la bonne d'enfants qui donnait les soins aux deux bambins qui était atteinte elle-même d'une forme de teigne peu apparente et dont elle ne s'était pas aperçue elle-même ayant simplement constaté une desquamation furfuracée du cuir chevelu à laquelle elle n'avait pas prêté attention. Depuis combien de temps cette femme, âgée de 46 ans, était-elle atteinte ? C'est ce qu'il fut impossible de préciser, mais on sut cependant que l'ordonnance de ses patrons qui étaient militaires, avait été atteint un an auparavant d'une dermatose des mains pour laquelle il avait dû entrer se faire traiter dans un hôpital.

L'auteur rend compte des recherches qu'il a effectuées sur les squames et sur les poils et du résultat des cultures. Le parasite était le *Trichophyton cratériforme*, endothrix.

Les cas de trichophytie et de microsporie de l'adulte ne sont pas nombreux, mais ne sont pas néanmoins extrêmement rares : on les évalue à 1/2 0/0 du nombre total des cas. Les femmes sont atteintes plus souvent que les hommes, dans la proportion du double. C'est entre 20 et 40 ans qu'on observe la plupart des cas, mais on en a constaté même dans un âge avancé. Les personnes atteintes sont le plus souvent des personnes de basse condition et n'ayant aucun soin de leur hygiène. Enfin, on en a observé des cas dans tous les pays.

Un point important de l'histoire de ces teignes de l'adulte est le suivant : quel est l'âge de la contamination ? S'agit-il d'une maladie de l'enfance qui se continue dans l'âge adulte contrairement à la règle, ou bien s'agit-il d'une contamination tardive ? Dans le cas rapporté pour des raisons qu'il serait oiseux de rapporter, la contamination était certainement tardive, et elle était due selon toute vraisemblance au soldat inconnu qui avait cette dermatose des mains d'autant plus que ce soldat était affecté au service des chevaux.

Parmi les parasites rencontrés, ce sont le *Tr. violaceum* et le *cratériforme*, qui ont été trouvés le plus souvent. De même, pour la microsporie, c'est le *M. Audouini*, qui s'est montré le plus commun.

Il reste à expliquer pourquoi chez certains sujets la teigne peut apparaître ou persister dans l'âge adulte. Sur ce point nous sommes en pleine obscurité pas plus que nous ne savons les causes exactes de l'immunité de l'adulte. On a voulu faire jouer un rôle à certains troubles endocriniens, on a bien trouvé chez certaines femmes des troubles de dysménorrhée, mais il n'y a dans tout cela rien de caractéristique. Du reste, cette immunité de l'âge adulte pour certaines maladies existe aussi en dehors du domaine dermatologique et pour ces autres

affections pas plus que pour les dermatoses nous n'avons d'explication satisfaisante. BELGODERE.

Sur l'anergie tuberculinique, par L. CIARROCCHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1930, p. 1969, 3 pages de bibliographie.

Parmi les problèmes que soulève la question des rapports entre la tuberculose et la syphilis, un des plus discutés est sans contredit celui de l'action de cette association sur les réactions allergiques.

Trois opinions : *a*) la syphilis exerce une action allergisante ; *b*) la syphilis exerce une action anergisante ; *c*) la syphilis n'exerce aucune action.

Comme on le voit, la contradiction ne saurait être plus complète. C. passe en revue les diverses publications sur la matière, dont les résultats sont très variables. Puis il expose ses recherches personnelles, qui ont été effectuées sur 154 luétiques, chez lesquels ont été pratiquées des intradermo-réactions avec la solution de vieille tuberculine à 1 p. 5.000, avec la peptone, avec l'hémostyl, et enfin chez des témoins, avec une solution d'acide phénique à 0,50 o/o.

Les détails de ces expériences ne sauraient être résumés et elles ont abouti à ces conclusions :

a) Chez les sujets atteints de chancre induré apparu depuis peu de jours, avec réactions sérologiques négatives et intradermo-réaction tuberculinique positive, cette dernière ne varie pas quand la réaction de Bordet-Wassermann et la M. T. R. deviennent positives.

b) Dans la syphilis primaire et tertiaire, le pourcentage d'intradermo-réactions tuberculiniques positives est presque égal à celui qu'on obtient chez les luétiques à la période secondaire, et parmi ces derniers, ceux qui ont des manifestations cutanées étendues ne présentent pas plus souvent une intradermo-réaction tuberculinique négative.

c) Les sujets atteints de tuberculose avant de contracter la syphilis conservent une intradermo-réaction tuberculeuse positive.

d) Il n'existe pas de différence notable entre les sujets sains et les luétiques au point de vue de la réactivité de la peau à la tuberculine, ce qui va à l'encontre de la conception d'après laquelle la lues exerçait une action anergisante tuberculinique.

Cependant, il n'est pas douteux que des observateurs dignes de foi ont observé des variations de la réaction tuberculinique chez des luétiques après plusieurs cycles de traitement. Il s'agit donc de voir quels sont en dehors de la syphilis les facteurs qui peuvent influer sur la réactivité cutanée à la tuberculine.

C. fait une revue générale très documentée de tous les travaux qui ont été faits sur ce point particulier, d'où il apparaît que :

a) Toutes les maladies ou facteurs en général qui ont été considérés comme capables de déterminer une anergie tuberculinique sont bien

loin de la produire dans 100 o/o des cas (parfois au contraire, ils exaltent la réactivité, ou bien ils n'exercent aucune action).

b) L'anergie tuberculinique peut s'observer aussi bien chez les sujets atteints de maladies qui s'accompagnent de manifestations cutanées que dans les cas de maladies dépourvues de ces manifestations.

c) Très variées sont les causes qui sont capables d'influer sur la réactivité cutanée à la tuberculine (milieu, genre de vie, médicaments, saisons, etc...).

d) La réactivité cutanée à la tuberculine n'est pas en rapports constants et étroits avec l'extension de foyers de tuberculose viscérale.

C. conclut donc en rejetant l'idée d'une action anergisante tuberculinique exercée par la syphilis et il estime que les variations de la réactivité cutanée à la tuberculine constatées chez les luétiques sont dues à la constitution particulière du sujet, et à des causes extrinsèques multiples et variées. BELGODERE.

Réactions sérologiques et allergiques dans le sclérome spécialement en rapport avec la thérapie spécifique, par NEUBER. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1930, p. 1998, 5 fig. Bibliographie.

N. rappelle que le sclérome a tout d'abord été considéré comme une lésion syphilitique. Puis il a été individualisé par ses caractères histologiques. Enfin, la découverte, en 1892, du bacille de Frisch, a fait faire un nouveau pas plus important à nos moyens de diagnostic, d'autant plus que l'examen histologique n'est pas toujours possible, ainsi qu'il arrive par exemple lorsque le sclérome siège dans une cavité inaccessible. Mais ultérieurement le pouvoir pathogène du bacille de Frisch a été contesté et certains n'ont voulu voir en lui qu'un saprophyte. Cette opinion s'est trouvée réfutée par la découverte des réactions sérologiques et N. rappelle que c'est lui, avec Goldzieher qui, pour la première fois en 1909, a mis en évidence la présence dans le sérum des scléromateux de réagines spécifiques capables de fixer le complément.

N. donne dans ce nouveau travail le résultat de nouvelles recherches, qui sont forcément intermittentes, vu la rareté de l'affection qui ne s'observe, en Italie tout au moins, que sous forme de cas sporadiques, même dans sa forme la plus commune, le rhinosclérome. Dans ses recherches, il s'est efforcé non seulement de confirmer la valeur des séro-réactions, mais de la compléter par l'étude des inoculations intradermiques au moyen de divers procédés.

Ces recherches, pratiquées sur deux nouveaux sujets atteints de sclérome ont donné les résultats suivants :

1° Le sérum des deux malades a donné une déviation du complément positive avec un antigène scléromateux, aussi bien homologue qu'hétérologue ; avec des antigènes de bactéries diverses, les résultats furent négatifs. Donc ces résultats confirment bien les résultats anciens de 1909.

2° Chez les malades atteints de sclérome, les inoculations intrader-

miques à la réaction de Mantoux-Roux au moyen d'un antigène scléromateux, donnèrent des réactions allergiques positives, avec hyperémie, œdème et infiltration. Ces réactions se montrèrent spécifiques. A ce point de vue, les antigènes de bactéries diverses se comportèrent négativement. La méthode est tellement simple qu'on peut l'appliquer même dans la pratique, à la condition toutefois que d'autres recherches viennent lui apporter une confirmation, car il serait imprudent de se baser sur deux cas seulement.

3° N. a essayé aussi les réactions allergiques par la technique percutanée de Moro et la technique cutanée de Pirquet ; ces réactions ont paru manquer de valeur pratique au point de vue de la spécificité.

4° Les inoculations intradermiques enfin n'ont pas présenté seulement des réactions locales, mais aussi des réactions de foyer. Enfin, la vaccinothérapie spécifique s'est montrée très efficace dans les deux cas étudiés, mais pour des raisons familiales, afin d'accélérer le traitement on dut lui associer un traitement radiothérapique. BELGODERE.

Les processus déshydrogénisants dans la peau des lapins traités par l'oxydol, Recherches expérimentales, par Pietro NEGRI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2011, Bibliographie.

L'auteur rappelle les diverses théories sur les oxydations intra-organiques : théorie de l'*activation de l'oxygène* (Bach et Chodat) ; théorie de la *déshydrogénation* (Wieland). D'après cette dernière, les oxydations seraient dues à une activation de l'hydrogène, pourvu qu'il y ait une substance qui joue le rôle d'accepteur d'hydrogène, qui fixe l'hydrogène et met en liberté l'oxygène. On sait, par les analyses antérieures que nous avons faites ici, que Lipschitz a imaginé un procédé qui permet de constater et de doser ces processus chimiques au moyen d'une réaction colorée jaune, par l'emploi du m-dinitrobenzol, accepteur d'hydrogène.

N. se réfère à un travail antérieur de Maccari et Ciambellotti (que nous avons analysé ici), où ces auteurs étudiaient l'action sur les oxydations organiques d'un produit dénommé Oxydol, qui est un sel sodique de l'acide dithiopentadioique, lequel doit son activité à 4 atomes de S contenus dans sa molécule.

N. s'est proposé de rechercher si l'action activante des processus d'oxydation exercée par l'Oxydol pouvait être mise en évidence par la méthode de Lipschitz ou de la déshydrogénisation. Il a fait dans ce but des expériences sur la peau du lapin, dont des fragments étaient détachés et soumis à la réaction.

Ces expériences ont montré une augmentation du pouvoir déshydrogénisant de la peau enlevée après l'injection d'Oxydol, par comparaison avec la peau prélevée avant l'emploi de ce médicament.

Toutefois, N. ne tire pas de ces résultats une conclusion ferme. Il est certain que l'Oxydol stimule les oxydations et cette propriété est

certainement due au soufre qu'il contient mais il serait aventureux de vouloir préciser par quel mécanisme s'exerce cette action.

BELGODERE.

Hydroadénome éruptif de Jacquet et Darier (1887), par V. RAMAZZOTTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1930, p. 2020, 11 fig. Bibliographie

Bien que cette maladie soit connue et décrite dans les Traités, c'est une maladie peu fréquente et de nature discutée, et dont les cas nouveaux méritent donc d'être publiés.

Celui de R. diffère des descriptions classiques par l'étendue de l'éruption beaucoup plus grande qu'on ne l'observe d'habitude : tout le tronc, devant et derrière, les membres supérieurs, le cou, le visage. Aspect habituel des éléments, c'est-à-dire papules arrondies ou ovalaires rose jaunâtre rappelant à première vue l'aspect des syphilides papuleuses. Cette éruption datait de dix ans, l'état général était excellent.

R. fait une étude histologique méticuleuse de ces éléments accompagnée de belles figures. Les lésions, qui siègent de préférence dans le derme et l'hypoderme consistent en : modifications structurales du tissu conjonctif de soutien ; existence de tubes pleins constitués par des éléments cellulaires épithéliaux ; productions kystiques à évolution variable qui s'organisent au niveau des tubes eux-mêmes ; présence de nids cellulaires représentant des groupements de cellules épithéliales de type nævique ; infiltrations péri-vasculaires en manchon, plus ou moins accentuées mais assez diffuses ; légère augmentation des éléments migrateurs. En somme les altérations constatées correspondent bien à ce qui est décrit dans les Traités depuis la description de Darier.

R. discute le diagnostic qui ne peut guère d'ailleurs être discuté vu les caractères histologiques très typiques, et il rappelle les discussions qui se sont élevées sur la nature de cette affection, qui ont eu pour conséquence une synonymie assez variée.

Pour R. il s'agit d'une anomalie de développement, congénitale, de germes embryonnaires latents, qui deviennent manifestes de préférence dans le jeune âge, comme il advient habituellement pour les productions næviques.

Se basant sur les constatations histologiques, l'auteur est d'avis que la dénomination qui conviendrait le mieux est celle de cysto-adénome épithélial bénin (Besnier) à structure nævique (Gaucher).

BELGODERE.

Pseudo-paralysie de Parrot (Etude clinico-radiologique), par Luigi CATTANEO. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2035, 3 fig. Bibliographie.

Historique de la maladie de Parrot. Étude clinique de ses caractères. Son pronostic réservé, non pas tant à cause des lésions osseuses qu'en raison des altérations graves de l'état général dues à la syphilis.

Étude anatomo-pathologique. Mécanisme des fractures : pendant long-

temps on a cru devoir les attribuer à la fragilité due au développement d'un tissu de granulation qui est un des éléments les plus nets de l'histologie des lésions. Mais, sur certains os, comme les côtes, ces fractures ne se produisent pas. C'est que, en réalité, elles sont dues à l'action des tractions musculaires qui s'exercent naturellement avec beaucoup plus de force sur les os longs des membres. Mécanisme de la paralysie : Parrot l'attribuait uniquement à la douleur occasionnée par les lésions osseuses. Mais cette opinion n'est guère plus admise aujourd'hui. Certains ont voulu incriminer une lésion radiculaire ou médullaire, d'autres une lésion des nerfs périphériques. Une autre opinion, qui a réuni plus de suffrages, est celle de Hochsinger : le début des lésions serait toujours osseux, mais secondairement, le processus gagnerait les fibres musculaires de sorte que l'impotence fonctionnelle serait due à une myosite, de même que les attitudes spéciales des membres.

C. étudie ensuite un cas qu'il a eu l'occasion d'observer : nourrisson de deux mois qui présentait de l'impotence fonctionnelle aux membres supérieurs. Ces signes cliniques étaient accompagnés de signes radiologiques révélant de graves lésions osseuses, cartilagineuses, périostiques, avec décollements épiphysaires. Le diagnostic fut facilité d'ailleurs par la notion très nette de la syphilis, chez l'enfant et chez les parents. Mais il n'en est pas toujours ainsi et lorsque cette notion fait défaut, le diagnostic peut offrir des difficultés assez sérieuses. C'est surtout l'examen radiologique qui, dans ces cas, fournit les éléments de différenciation les plus nets.

Discussion du diagnostic différentiel avec : paralysies obstétricales, paralysies par lésions cérébrales et méningées, par fractures osseuses, par arthrite gonococcique, par arthrite tuberculeuse, maladie de Barlow, rachitisme, achondroplasie, myxœdème. C. indique les caractères radiologiques de ces différentes affections, qui ne peuvent évidemment être résumés. BELGODERE.

La réaction du sang au guttadiaphot dans les maladies vénériennes et syphilitiques, par S. CAMINITI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 6, décembre 1930, p. 2050. Bibliographie.

Cette réaction a été imaginée par les Allemands Mayer, Biera et Schilling. Elle est basée sur les principes suivants :

1° Dans le sang des syphilitiques la positivité de la réaction de Bordet-Wassermann est due à une augmentation des lipoïdes.

2° Le sang, aspiré dans une seringue contenant une solution de novarsénobenzol, se comporte différemment suivant que la réaction de Bordet-Wassermann est positive ou négative.

3° En mettant du plasma sanguin en contact avec un papier buvard imprégné d'une substance colorante lipoïdique, on pourrait donc mettre en évidence les caractères du sang pathologique.

La réaction du Guttadiaphot utilise trois disques de carton colorés en rouge, en vert, en bleu, par un colorant gras. On fait tomber une

goutte de sang sur chacun de ces trois disques. Si le sang est normal, la tache est arrondie, plus ou moins rouge, bordée à sa périphérie par une ligne sombre, entre cette ligne sombre et le centre de la tache, existe une zone plus claire. Si le sang est pathologique, la ligne marginale foncée fait défaut ou est interrompue, et la zone claire manque également ; dans ce cas, la réaction *est positive*.

On a voulu faire de cette réaction une caractéristique de la syphilis mais on a vite constaté que les réactions positives n'étaient pas particulières à la syphilis, mais se rencontraient dans beaucoup d'autres maladies.

Alors on a voulu se contenter plus modestement de faire de cette réaction un critérium entre l'état de santé et l'état de maladie.

C. a entrepris des recherches de contrôle pour vérifier la valeur de cette méthode, sur une série de sujets atteints de maladies vénériennes.

Il tire de ces recherches les conclusions suivantes :

1° La réaction du Guttadiaphot ne possède aucun pouvoir de différenciation entre le sang sain et malade ; la réaction positive peut être obtenue avec un sang indemne de toute altération pathologique.

2° La méthode n'est pas spécifique et ne peut éclairer sur la nature, la gravité et l'extension de la maladie.

3° La réaction, répétée à intervalles, ne permet pas d'orienter le pronostic. BELGODERE.

Rapport entre la réaction de Wassermann locale et la réaction de Wassermann sur le sérum du sang et sur le liquide de bulle, par Filippo FRANCHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930. Bibliographie, p. 2060.

La théorie phagocytaire de Metchnikoff, les théories de Besredka sur l'immunité locale, rendent plausible l'hypothèse de la production *in situ* de réagines spécifiques facilement démontrables dans le sérum provenant du syphilome initial.

Dans cet ordre d'idées, des travaux nombreux ont été déjà effectués que l'auteur passe en revue. Leurs résultats sont loin d'être concordants. Aussi, F. a-t-il entrepris des recherches de contrôle, par une méthode nouvelle, c'est-à-dire qu'il s'est appliqué à faire le dosage *quantitatif* des réagines du liquide des manifestations primaires et secondaires, comparativement avec celui du sérum sanguin, par la méthode des dilutions. Si en effet, dans le premier cas, les réagines sont en plus forte proportion, il est logique de conclure à leur production *locale*. F. a en outre pratiqué des recherches sur le liquide de bulle de vésicatoire.

Sans entrer dans le détail des expériences effectuées, voici à quelles conclusions elles ont abouti :

1° Le sérum du sang possède ordinairement un pouvoir de déviation du complément supérieur à celui de la sérosité provenant du chancre ou des plaques muqueuses.

2° Le pouvoir de déviation du complément de ces deux derniers liqui-

des est, dans la plupart des cas, supérieur à celui du liquide de bulle de vésicatoire.

3° Ces deux résultats, en apparence contradictoires, peuvent s'expliquer ainsi : les réagines contenues dans la sérosité du syphilome initial et des plaques muqueuses proviennent en partie du sang circulant, et en partie d'une *production locale.* Des expériences précédentes (Serra-Costa, Bizzozero et Vercellino) avaient démontré au contraire l'absence de la production de réagines dans la peau atteinte de roséole, mais cette différence ne doit pas étonner si l'on songe à la proportion de tréponèmes très différente dans les deux ordres de lésions.

4° La production des réagines débute, dans la plupart des cas, au niveau du chancre, mais au bout de peu de jours, elle est assumée, sous la stimulation du tréponème, par d'autres organes, et, sans doute par le système hématopoïétique, et par le sang lui-même, qui représentent la source principale de réagines, même si l'éruption est généralisée.

BELGODERE.

Influence réciproque des extraits (toxine et endotoxine) des germes communs de la flore urétrale sur leur propre développement et sur le gonocoque, par Elio SECHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2072. Bibliographie.

S. a entrepris des recherches en partant de ce point de vue, que l'évolution d'une infection due à un microbe déterminé peut être modifiée par les microbes associés ou survenus secondairement. Il existe ainsi des phénomènes de *mutualisme*, de *métabiose* (développement d'un microbe préparé et favorisé par un autre microbe), d'*autobiose* (développement d'un microbe favorisé par les modifications du terrain apportées par ce microbe lui-même).

S. a voulu appliquer ces notions à l'étude bactériologique de la blennorragie en étudiant les rapports réciproques des germes communs de l'urèthre entre eux et avec le gonocoque. Pour cela, il a examiné l'action exercée sur des cultures par des produits d'élaboration et de destruction de la cellule bactérienne (toxine et endotoxine).

S. a pu constater ainsi que beaucoup des germes qui vivent à l'état de saprophytes dans le canal de l'urèthre, non seulement exercent entre eux une influence réciproque, par leurs produits d'élaboration et de destruction de la cellule bactérienne, mais aussi exercent une action inhibitrice sur le développement du gonocoque.

Ce sont là des résultats intéressants, aussi bien au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, dont il serait cependant prématuré de l'avis même de S. de tirer des conclusions définitives, et qui demandent la confirmation d'autres expériences et d'autres expérimentateurs.

BELGODERE.

Sur la résistance du gonocoque isolé de l'individu soumis à la cure acridinique (trypaflavine), par Elio SECHI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2080. Bibliographie.

Bien que le traitement acridinique de la blennorragie soit très en faveur, son action reste encore discutée et n'a pas reçu d'explication satisfaisante. S. passe en revue les différentes hypothèses qui ont été émises.

Il rappelle ses travaux antérieurs sur le comportement du gonocoque *in vitro*, vis-à-vis de la trypaflavine ; il a voulu les compléter par des recherches *in vivo*. C'est-à-dire que, sur des sujets blennorragiques traités par l'acridine en injections intraveineuses, on prélevait du pus à chaque injection et on en faisait des cultures. Les gonocoques ainsi cultivés étaient mis en présence de dilutions variées d'acridine, afin d'en vérifier la résistance.

Ces expériences ont montré que la résistance du gonocoque isolé d'un individu soumis à la cure acridinique ne présentait pas de différence appréciable et même aucune différence, et qu'elle se maintient dans des limites strictement identiques à celles du gonocoque isolé d'individus non encore traités.

Aussi, S. n'hésite-t-il pas à contester toute action de la trypaflavine sur le gonocoque. Il fait remarquer que, si la trypaflavine exerçait une action sur le gonocoque, celle-ci devrait se manifester dès les premiers jours, tandis qu'au contraire la guérison de la blennorragie par la trypaflavine se fait souvent assez lentement, ce qui laisse supposer l'intervention d'autres facteurs.

S. n'admet pas davantage l'action *sensibilisante* de l'acridine vis-à-vis des antiseptiques locaux, comme certains l'ont avancé. Il n'admet pas non plus l'action *excito-proliférative*, qui amènerait une augmentation des pouvoirs de défense de l'organisme, l'exaltation de la fonction de l'appareil réticulo-endothélial, prouvée pour certains par l'augmentation des mononucléaires.

Cependant, il est indéniable que le traitement acridinique exerce une action curatrice efficace sur la blennorragie. S. pense qu'il s'agit simplement d'une action *antiseptique et antiphlogistique*. Par son action antiseptique, elle empêche la propagation du gonocoque de l'urèthre antérieur à l'urèthre postérieur, elle empêche le développement des germes secondaires, qui peuvent, en outre de leur action nocive propre, favoriser le développement du germe. Enfin, l'action antiphlogistique est défavorable elle aussi au gonocoque, pour le développement duquel l'état phlegmasique est une condition nécessaire.

BELGODERE.

La peau dans ses rapports avec la constitution de l'individu, par M. COMEL. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2090. Bibliographie.

Suite de la série des leçons sur la physiologie cutanée. De ce travail didactique, il ne peut être donné qu'un sommaire.

Considérations générales : importance de la peau comme facteur constitutionnel. Chaque homme, pourrait-on dire, a sa peau à lui, qui

ne ressemble pas à celle d'un autre. L'exemple des empreintes digitales, par exemple, vient bien à l'appui de cette opinion. Ces propriétés constitutionnelles sont pour la plupart innées et dominées par l'hérédité, d'autres sont acquises au cours de l'existence et constituent l'allergie acquise de la peau.

Ces caractères constitutionnels peuvent se diviser en trois groupes : 1° *morphologiques ;* 2° *physiologiques ;* 3° *pathologiques.*

Étude des plis cutanés, des vergetures, des rides, leur influence psychologique reconnue de tous temps (chiromancie, peau miroir de l'âme ; l'homme a l'âge de sa peau ; rôle dans la mimique, etc....).

Poids de la peau, poids du résidu sec, dans la vieillesse, le premier diminue tandis que le second augmente : donc la peau du vieillard est plus sèche.

Variations chimiques et leurs relations endocriniennes probables. Étude de la couleur de la peau : rôle du sang, du pigment, des substances pathologiques incluses dans la peau ; influences endocriniennes, en particulier des surrénales. Différents types de coloration cutanée : albinos. Inégalités topographiques de la faculté pigmentogène cutanée. Influence sur la pigmentation de la peau de la grossesse, de la puberté, de la ménopause. Étude de la disposition des poils sur le corps. Barbe, sourcils, cils et leurs variations en rapport avec l'état constitutionnel. Caractères des poils sur les autres parties du corps. Poils terminaux et leurs caractères selon les régions. Sécrétion sébacée. Influence de la lumière et son importance au point de vue de l'élaboration par la peau de provitamine antirachitique : sans doute le rachitisme doit être causé par une incapacité de la peau du jeune enfant à élaborer la provitamine.

Étude de la sécrétion sudorale : influence du système nerveux, influences psychiques, endocriniennes. Odeurs de la peau : chaque individu a son odeur personnelle (cas du chien qui retrouve son maître). Consistance et épaisseur de la peau, leurs variations et causes de ces variations.

Réactions de la peau aux excitations physiques, mécaniques, thermiques, douloureuses, lumineuses ; facteurs constitutionnels héréditaires et individuels par lesquels elles peuvent être influencées.

Action de la lumière sur la coloration de la peau : dermatoses actiniques. Action des endocrines sur les caractères constitutionnels de la peau. Son importance : *formule endocrine* de l'individu, ou somme algébrique des actions de tous les organes endocriniens, synergiques et antagonistes.

Caractères constitutionnels et héréditaires de la peau : leur influence par exemple sur la couleur des cheveux, sur la pigmentation de la peau. Souvent, il ne s'agit pas d'hérédité directe, mais de la prédisposition à certaines particularités.

Importance de la constitution de la peau dans ses fonctions défensives dans la lutte contre les poisons, chimiques, microbiens, etc... La défense cutanée s'exerce par des moyens qui varient selon chaque individu, si bien que, comme l'a dit Pinkus, dans l'étude des actions toxi-

ques, il conviendrait de partir « du corps qui réagit plutôt que du poison qui agit ». BELGODERE.

Problèmes de morphologie cutanée : capillaroscopie et cutiscopie. La morphogénèse des capillaires, par COMEL. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 6, décembre 1930, p. 2114. Bibliographie.

Tout ce qui a trait à la morphologie de la peau est important, car on peut y trouver la clef de nombreux phénomènes physiologiques et pathologiques encore inexpliqués. La capillaroscopie est à ce point de vue un procédé d'exploration précieux, qui n'est encore qu'à ses débuts. Elle a été particulièrement étudiée par l'école de Tubingen, sous la direction de Muller et de ses élèves. Les appareils dont on dispose actuellement permettent, soit la *capillaroscopie clinique* (agrandissements de 30 à 60 fois), soit la *capillaroscopie anatomique* (agrandissements jusqu'à 540 fois) ou *cutiscopie*, qui permet réellement de faire de l'histologie sur le vivant.

Exposé des difficultés techniques, particulièrement pour l'éclairage. Différents types d'appareils : condensateur à lumière oblique de Hauser ; condensateur à lumière oblique de Busch. Appareil de Vonwiller, à lumière incidente perpendiculaire, perfectionné par « l'illuminateur opaque à fente ». Aspects observés avec ces appareils : aspect des éléments « morts » et des éléments « vivants » de l'épiderme. Sources de lumière. Une des grandes difficultés de la méthode est d'obtenir l'immobilité de la partie à examiner, qui est en général la peau du repli unguéal ; on a imaginé à cet effet divers appareils tels que le « micromanipulateur d'Ogilvy ». On emploie pour ces examens capillaroscopiques soit des objectifs à sec, soit des objectifs à immersion.

Avec les appareils à fort grossissement comme celui de Vonwiller, on peut étudier distinctement chacune des couches de l'épiderme : un caractère important, c'est que les éléments morts de la peau sont transparents tandis que les éléments vivants ne le sont pas. On peut nettement apercevoir les capillaires cutanés : description des aspects observés. Avec les agrandissements les plus forts (540 fois) les globules rouges et blancs sont parfaitement visibles et il est possible d'en noter les particularités.

Par la méthode capillaroscopique, Jaensch a pu étudier le développement des capillaires de la peau, qui se fait en trois phases : phase *archiforme ;* phase *intermédiaire ;* phase *néoforme.* Caractères des capillaires à chacune de ces trois étapes, c'est surtout par leur calibre qu'ils diffèrent les uns des autres. L'anse papillaire adulte se compose d'un rameau artériel grêle et d'un rameau veineux beaucoup plus large.

Un autre caractère important révélé par la capillaroscopie, c'est *l'ourlet papillaire du derme*, dont l'aspect diffère suivant le développement et les états pathologiques, formant tantôt une ligne unie, tantôt une ligne plus ou moins ondulée.

Suit la description des différents types que peuvent présenter les

capillaires cutanés : il est impossible de résumer cette étude qui ne comporte pas moins de 25 formes différentes.

L'étude de la morphologie et de la morphogénèse des capillaires cutanés présente un intérêt qui dépasse les limites de l'organe cutané. Elle nous éclaire sur la présence d'anomalies endocrines et constitutionnelles de l'organisme tout entier. Dans certaines des premières, particulièrement dans l'hypothyroïdisme (myxœdème, crétinisme) les arrêts de développement des capillaires sont un symptôme constant. Les anomalies des capillaires sont fréquentes également dans les cas de troubles psychiques. Étant donné l'origine embryologique commune de la peau et du cerveau, on voit les liens qu'il est possible d'imaginer entre ces deux faits. L'école de Jaensch veut en tirer des rapports entre le tableau capillaroscopique et la personnalité psycho-physique. C'est peut-être exagéré, et l'on ne peut encore, comme l'ont dit quelques railleurs, « lire l'âme dans les capillaires ». Mais il n'empêche que la capillaroscopie ait une grande valeur diagnostique en matière de physio-pathologie endocrine, constitutionnelle et psychique. BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Turin).

Action de la peptone sur la formule leucocytaire locale cutanée et sur la structure histologique de la peau, par Pier Angelo MEINERI. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 11, novembre 1930, p. 665.

Déjà nous avons eu l'occasion d'analyser divers travaux du même auteur qui sont inspirés de la conception suivante : suivant les régions, la peau présente des activités fonctionnelles différentes qui peuvent être révélées au moyen d'excitations locales et ces modalités diverses peuvent être mises en évidence en particulier au moyen de l'examen du sang, dont la formule leucocytaire varie selon le stimulant employé. Mais pour que ces recherches puissent donner des résultats utiles, il est nécessaire d'employer une technique bien réglée et de s'y conformer méticuleusement. M. donne sur cette technique des détails qui ne sauraient être résumés.

Dans ce travail, il continue la série de ses recherches en étudiant l'action de la peptone (substance à action pomphogène) sur la formule leucocytaire locale et sur la structure histologique de la peau injectée avec la peptone elle-même.

Lorsque cette substance est introduite dans la peau en injection sous-épidermique, le plus superficiellement possible, dans la région scapulaire il se forme, au bout de quelques minutes, un pomphyx qui persiste pendant plusieurs heures.

Le sang, extrait au bout de dix minutes de ce pomphyx au moyen de scarifications, présente, si on le compare à celui de la région scapulaire symétrique intacte, prélevé dans les mêmes conditions, une augmentation des polynucléaires neutrophiles, des polynucléaires éosinophiles, et une diminution des lymphocytes. L'augmentation des polynucléaires

éosinophiles est proportionnellement beaucoup plus grande que celle des neutrophiles.

Si l'on répète pendant plusieurs jours de suite l'injection de peptone toujours au même point et si l'on examine ensuite histologiquement la peau ainsi soumise à des injections répétées, on constate que celle-ci est envahie par une notable infiltration de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles en parfaite harmonie avec les caractères de la formule leucocytaire du sang.

Les résultats de ces expériences concordent parfaitement avec ceux déjà obtenus avec d'autres substances à action pomphogène : morphine et histamine. Ils confirment de plus en plus l'idée que chaque type de réaction cutanée a des caractéristiques hématiques et histologiques constantes. BELGODERE.

Observations sur un cas atypique de « pityriasis rubra pilaire de Devergie », par Emilio CORTELLA. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 11, novembre 1930, p. 677, 3 fig.

C'est une notion communément admise que l'élément caractéristique du *pityriasis rubra pilaire* est représenté par la *papule conique folliculaire*. Le Pr Majochi affirmait même « que le *pityriasis rubra pilaire* est vraiment une dermatose papuleuse, d'où il résulte que sa dénomination n'est pas exacte, mais seulement conventionnelle ».

Mais cette règle n'est pas toujours exacte et C. en apporte la preuve par l'observation d'un cas étudié chez un enfant de 8 ans, atteint d'une dermatose très étendue, qui a débuté à l'âge de 5 ans.

Il décrit méticuleusement les phases curieuses de l'évolution de cette affection.

Au début, aspect d'*ichtyose*, c'est-à-dire rougeur, hyperkératose, desquamation, crevasse, ce qui est bien l'ensemble des signes de l'ichtyose, sauf la rougeur. Sur le thorax, la dermatose avait un aspect un peu différent, rappelant celui du *psoriasis* : éléments détachés, papulo-squameux, non centrés par un poil. Sur l'abdomen, aspect encore différent : petits éléments isolés, polygonaux, rappelant l'aspect du *lichen ruber*, sauf la couleur. A la paume des mains, où d'habitude les lésions du *pityriasis rubra pilaire sont le plus accentuées*, il n'y avait au contraire que des lésions discrètes d'hyperkératose, sans rougeur. Le tout accompagné de phénomènes généraux fébriles assez obscurs, et, sur cet ensemble symptomatique vint en outre se greffer une rougeole, qui fut suivie d'une amélioration surprenante de la dermatose qu'on peut expliquer sans doute par une desquamation qui aurait amené une rénovation de l'épiderme.

Plus tard, la dermatose se reconstitua et c'est alors qu'apparurent, sur la face dorsale des doigts et des mains, *les papules coniques folliculaires caractéristiques*, qui permirent d'affirmer le diagnostic resté jusqu'alors plutôt hésitant et de reconnaître le *pityriasis rubra pilaire*.

C. fait remarquer que des cas semblables justifient bien la dénomina-

tion de *pityriasis rubra pilaire*, puisque les manifestations squameuses et érythémateuses ont eu dans le tableau général une prépondérance très nette au moins pendant longtemps, sur les manifestations papuleuses.

L'intradermo-réaction à la tuberculine fut faiblement positive chez ce malade, et la cuti-réaction négative, de sorte que C. ne peut se prononcer sur la nature tuberculeuse de cette affection, affirmée par Milian.

BELGODERE.

Le vaccin Dmelcos dans le traitement de l'ulcère phagédénique, par A. SESTO. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 11, novembre 1930. p. 692, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur, médecin militaire, après avoir rapidement exposé les caractères et les formes du phagédénisme chancrelleux, rapporte l'observation de deux militaires atteints de chancres mous phagédéniques de la verge, qui duraient depuis des mois et contre lesquels les médications locales les plus variées avaient été instituées sans succès. La guérison fut obtenue rapidement aussitôt que fût employé le Dmelcos en injections intraveineuses.

Le mécanisme de l'action curative est discuté : choc protéinique, action pyrétogène, action spécifique. Or, chez l'un de ces deux malades, la protéinothérapie avait été employée sans succès. Chez l'autre, une grippe avec hyperthermie n'avait également amené aucune amélioration. L'auteur conclut donc qu'il s'agit d'une action spécifique.

BELGODERE.

Syphilomes initiaux de siège insolite, par le Prof. GRAVAGNA. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 11, novembre 1930, p. 699.

Le Pr G. rapporte deux observations chez deux hommes de chancres syphilitiques, l'un du scrotum (ce qui n'est pas rare), l'autre de la paroi abdominale (ce qui est moins fréquent). Ce dernier, comme cela se voit habituellement, était d'assez grande dimension, sans qu'on puisse parler de chancre géant. Ces deux chancres avaient été méconnus à leur origine, de sorte que les deux malades furent observés en pleine période secondaire. La confrontation fut positive dans les deux cas : les deux contaminatrices étaient elles aussi atteintes d'accidents secondaires.

Mais ce qui donne à ces deux cas toute leur saveur, c'est moins le côté syphiligraphique que le côté psychopathologique. Dans les deux cas, en effet, il n'y avait pas eu de rapports sexuels, au sens normal du mot. Pour le chancre du scrotum, il s'agissait d'une femme « à passions » et cette passion consistait à sucer et à mordiller le scrotum de son partenaire, et c'était tout. Pour le chancre de l'abdomen, il s'agissait d'un riche propriétaire qui éprouvait un plaisir spécial à se faire exercer des succions sur un point déterminé de la région para-ombilicale, et il ne lui en fallait pas davantage. Comme le dit philosophiquement le Pr G., en matière de bizarreries sexuelles : *non ci facciamo meraviglia di nulla*. Les Latins disaient déjà : *nil admirari*.

BELGODERE.

Psoriasis et parathyroide, par Guido Vurchio. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 11, novembre 1930, p. 704.

L'orientation actuelle des recherches dermatologiques tend de plus en plus à accentuer l'importance des rapports entre la peau et l'organisme. Dans cet ordre d'idées, une place particulièrement importante a été attribuée aux glandes endocrines. L'attention de l'auteur a été attirée en particulier sur une opinion émise par Leszcynsky, d'après qui le psoriasis serait en relation avec un trouble des glandes parathyroïdes. On attribue en effet à ces glandes une action sur la peau par suite de leur action sur l'équilibre salin, particulièrement celui du calcium.

V. a entrepris sur ce point des recherches de contrôle. Au point de vue du Ca dans le sérum sanguin, il n'a trouvé, ainsi du reste que d'autres auteurs, que des chiffres qui différaient peu de la normale.

Au point de vue de l'excitabilité mécanique, il n'a trouvé le signe de Chvostek que chez 2 malades sur 26.

Au point de vue de l'excitabilité électrique, résultat positif dans 1 cas sur 6.

Donc, ces recherches de contrôle n'ont pas confirmé les vues du médecin polonais, et ce dernier n'a porté son attention que sur le signe de Chvostek et non, comme l'a fait l'auteur, sur un ensemble de signes qui se contrôlent mutuellement. Belgodere.

Recherches sur la réaction de Wassermann exécutée sur des sérums luétiques progressivement dilués, par Gaetano Grandi. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 1, janvier 1931, p. 1. Bibliographie.

La réaction de Bordet-Wassermann telle qu'elle est usitée habituellement, ne donne pas des indications assez précises. Les termes de : réaction faible, moyenne, forte, d'hémolyse partielle ou totale, sont trop vagues. Réaction de Bordet-Wassermann fortement positive ne nous indique pas dans quelle mesure le minimum de réagines indispensables pour inhiber l'hémolyse se trouve surpassé. Des efforts ont bien été tentés pour parer à ce desideratum, mais G. montre que la réaction colorimétrique de Jeanselme et Vernes, la syphilimétrie de Vernes, la méthode de Ronchèse, basées sur l'action des sérums normaux sur les sérums syphilitiques, ne donnent pas entière satisfaction.

La seule méthode vraiment rationnelle est celle de la dilution des sérums syphilitiques qui permet ainsi une évaluation exacte, un dosage précis des réagines.

G. a entrepris avec cette méthode une série de recherches sur des syphilitiques de diverses catégories, et sans entrer dans le détail technique de ces recherches, voici quelles en sont les conclusions :

1° Le plus grand nombre des sérums à Bordet-Wassermann complètement et nettement positif montre une inhibition plus ou moins partielle de l'hémolyse jusqu'à la dose de 0,03 (avec une solution à 3 o/o) alors que normalement on se sert d'une quantité de sérum égale à 0,20.

2° Les dilutions les plus élevées capables d'inhiber l'hémolyse ont été

obtenues dans les cas de syphilis secondaire avec manifestations en activité ; tandis que les cas où l'inhibition s'est arrêtée le plus précocement appartiennent à la syphilis latente.

3° Considérant les cas dans leur ensemble, on peut dire que, dans la syphilis primaire avec manifestation unique de syphilome, l'inhibition s'est arrêtée plus tôt que dans les cas de syphilis secondaire, et cela d'autant plus qu'on s'approche davantage de la période secondaire.

4° Dans la syphilis latente, il y a eu une irrégularité de comportement plus notable, les cas qui présentaient quelque symptôme nerveux se montrant positifs d'une manière plus durable, même s'il s'agissait de troubles limités à la sensibilité (douleurs osseuses, musculaires, etc.). La réaction s'est également montrée plus intensément positive chez les sujets qui n'avaient pas subi de traitement depuis longtemps, ou dont les traitements antérieurs avaient été insuffisants.

5° La réaction sérologique, dans le cas d'examens répétés avant et pendant le traitement, a montré une courbe décroissant parallèlement à l'intervention thérapeutique ; on a pu constater des cas plus ou moins sensibles au traitement, mais aucun ne s'est montré complètement résistant.

6° On a pu vérifier aussi, avec la méthode des dilutions, le phénomène déjà connu cliniquement et sérologiquement d'une exacerbation de la symptomatologie clinique et humorale au début du traitement spécifique.

BELGODERE.

Contribution à l'étude de l'étiopathogénie de la kératite spinuleuse, par Julio JONA. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 1, janvier 1931, p. 27, 3 fig. Bibliographie.

La kératite spinuleuse a été ainsi dénommée par Salinier, de Toulouse. Les Allemands l'appellent plus volontiers *lichen spinulosus*. La première appellation est préférable, car elle indique mieux le caractère de la lésion élémentaire, limitée au follicule.

Un des points les plus controversés de l'histoire de cette dermatose, c'est sa pathogénie et J. passe en revue les opinions très variées qui ont été émises à ce propos : origine infectieuse aiguë, infectieuse chronique, atonie vasculaire par trouble neurotrophique, origine neuro-endocrinienne, hérédité, épilepsie, etc..., etc...

J. rapporte une observation nouvelle de cette affection, survenue chez une petite fille de trois ans et demi, chez laquelle la dermatose était apparue assez brusquement, en même temps qu'un goître aigu. La mère de l'enfant était également goîtreuse. Les lésions cutanées siégeaient à la nuque, au cou, aux parties latérales de l'abdomen, sur la face d'extension des bras. Elles consistaient en une éruption papuleuse, à éléments folliculaires blanchâtres, surmontés d'une épine également blanche, plus ou moins longue suivant la région, jusqu'à 2 millimètres sur certains points. En passant la main sur la surface cutanée, on avait une impression semblable à celle qu'on éprouve en passant la main sur la joue d'un homme qui n'a pas été rasé depuis plusieurs jours.

Le diagnostic dermatologique n'était guère discutable : il n'y aurait pu y avoir confusion qu'avec le *lichen ruber*, avec spinulisme, et avec le *lichen scrofulosum*.

Quant au diagnostic neuro-endocrinien, il semblerait confirmé par ce fait qu'une guérison très rapide fut obtenue par un traitement combiné de thyroïdine atoxique et de préparations iodiques. Mais la rapidité même du résultat laisse l'auteur un peu sceptique et il croit qu'il n'y a là qu'une coïncidence heureuse. Il discute, d'après son observation et celles qui ont été déjà publiées, ce problème pathogénique et il conclut qu'il y a lieu de prendre en considération, plus que l'agent causal, le terrain sur lequel il agit, de sorte qu'il convient d'interpréter la kératite spinuleuse comme un moyen particulier de la peau de réagir à des excitants variés.

J. se rallie à l'opinion d'Artom, qui pense qu'il s'agit bien d'une dermatose par dysfonction endocrine, mais aussi d'une « génodermatose ». On connaît la théorie de Meirowsky, qui attribue certaines anomalies de la peau à une perturbation héréditaire du plasma et, par suite, du développement de l'individu. BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Sur le problème des naevi du tissu conjonctif, par I. TALALOFF (Perm). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 6, décembre 1930, p. 494, 5 fig.

L'auteur apporte la bibliographie et les observations personnelles de 5 cas de nævi conjonctifs. Il conclut :

1° Que toutes les formes des nævi conjonctifs décrites sous des dénominations différentes doivent être réunies dans un groupe et doivent porter le nom de « nævi du tissu conjonctif ».

2° D'après ses observations personnelles, l'auteur fait ressortir l'hyperpigmentation partielle ou totale comme un des signes les plus fréquents dans ces nævi.

3° Les variétés histologiques que l'on observe dans ces nævi s'expliquent par la pathogenèse de leur évolution. La différence de l'affinité pour les couleurs acides des différentes couches du derme s'explique par une altération du chimisme du tissu collagène et par une faible réceptivité du tissu embryonnaire néoformé.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'étiologie des dyshidroses (Zur Ætiologie der Dyshidrosen), par Fanny GRIFG et M. M. ITKIN (Leningrad). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. VI, fasc. 6, décembre 1930, p. 508, 6 fig.

Recherches de champignons dans 90 cas de dishydrose cliniquement typique des mains et des pieds. Les auteurs constatèrent microscopiquement dans 79 cas sur les 90 examinés (87,7 o/o) la présence de champignons. Les vésicules et les squames des pieds contenaient plus de champignons que les lésions des mains.

Ils ont obtenu des cultures dans 30 o/o des cas (27 sur 90). Dans 25 sur les 27 cultures, ce fut l'épidermophyton de Kaufmann-Wolf. Ce champignon se rapproche le plus au groupe du *Trichophyton gypseum*.

A l'inoculation, une partie des cultures ne fut pas pathogène pour l'animal. Dans les cas d'inoculation positive, on constata seulement une desquamation superficielle sans grands signes d'inflammation. Les squames contenaient des mycéliums et leurs cultures furent positives.

OLGA ELIASCHEFF.

Kératodermie apparue chez le même sujet pour la deuxième fois à la suite d'une affection articulaire d'origine gonococcique (Eine bei demselben Individuum zum zweitenmal im Anschluss an eine gonorrhoische Gelenkaffektion auftretende Keratodermie), par W. LOJANDER (Helsingfors). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 6, décembre 1930, p. 527, 4 fig.

Observation d'un cas de kératodermie récidivante précédée d'une deuxième infection blennorragique et d'une deuxième affection articulaire gonococcique. Première publication de ce cas dans les *Acta derm. vener.*, vol. VIII, fasc. 4, cas II. Seconde atteinte 3 ans après la première et bon résultat obtenu par le novarsénobenzol comme la première fois par le néosalvarsan. Les lésions cutanées apparurent immédiatement après l'affection articulaire, 2 mois après la blennorragie.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la valeur de la réaction de la Conglomération de Muller (Ueber den Wert der Müllerschen Ballungsréaktion (M. B. R. I.), par Gustav RIEHL (Vienne). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XI, fasc. 6, décembre 1930, p. 533.

L'auteur a examiné 6.860 sérums et 1.016 liquides céphalo-rachidiens par des différentes méthodes sérologiques pour juger de la valeur de la sensibilité et de la spécificité de la réaction de Muller (Ballungsréaction).

Cette dernière est de beaucoup supérieure par sa sensibilité aux réactions d'opacification et d'éclaircissement de Meinicke et à la réaction de Wassermann dans la syphilis latente, héréditaire, la syphilis primaire, le tabès et la syphilis cérébro-spinale. Sa non-spécificité est presque identique à celle de la réaction d'opacification de Meinicke et plus grande que celle du Bordet-Wassermann.

OLGA ELIASCHEFF.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Le traitement à l'atoquinol « Ciba » des affections cutanées du genre eczémateux (Behandlung ekzemähnlicher Hautaffektionen mit Atochinol « Ciba »), par M. le docteur Ernst A. MEIER. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, no 6, du 17 janvier 1931, p. 136).

L'auteur décrit une dermatite vésiculeuse ou bulleuse aiguë, localisée aux pieds. Cette dermatite commence par de petites bulles entre les orteils, qui se développent et forment des défectuosités épithéliales muqueuses ou des rhagades, ou alors par des bulles pluricellulaires lenti-

formes aux plantes des pieds, aux talons et aux voûtes plantaires. Ces dernières crèvent partiellement, ou sont résorbées. La maladie est considérée comme dishydrose ou comme affection mycosique, tandis que les médecins indigènes (Brésil) la considèrent comme symptôme partiel de diathèse urique. M. a réussi à guérir un pareil cas — le plus grave qu'il n'ait jamais vu — par un traitement à l'atochinol, et cela au bout de 15 jours, après que la maladie avait opiniâtrement résisté à tout autre traitement antiparasitaire. M. en conclut que, après tout, il s'agissait quand même d' « acide urique ». A la suite d'autres expériences semblables, il recommande d'essayer plus souvent — aussi pour d'autres dermatites qui pourraient être en rapport avec la diathèse urique — un traitement à l'atoquinol.

MAX HENRI WELTI, Berne.

LIVRES NOUVEAUX

Traité de la syphilis, publié sous la direction de Ed. JEANSELME.
Tome I. HISTOIRE DE LA SYPHILIS. *Etiologie. Expérimentation*, par Ed. JEANSELME, A. SÉZARY, E. SCHULMANN, Georges LÉVY, André LEMAIRE. Avec 69 fig. dans le texte et 20 planches en noir et en couleurs hors texte.
Tome II. *Microbiologie. Anatomie Pathologique. Sérologie*, par A. TOURAINE, I. de JUNG, R. DEMANCHE, Georges LÉVY. Avec 59 fig. dans le texte et 12 planches en noir et en couleurs hors texte. G. Doin et Cie, éditeurs, 1931.

Le *Traité de la Syphilis* de Fournier a paru il y a une trentaine d'années. Depuis, aucun Traité complet, destiné aux spécialistes, n'a paru en France où au contraire abondent des manuels excellents et des articles faisant partie des grands Traités de Médecine. Il y avait là une importante lacune que beaucoup avaient songé à combler. Un groupe s'est formé qui a réalisé une idée qui, comme on dit, était dans l'air. Sous la haute direction du professeur Jeanselme, soixante collaborateurs de notoriété et d'âges divers, mais tous désireux de faire œuvre forte, complète et durable se sont mis au travail et ils nous donnent aujourd'hui les deux premiers tomes d'une série qui doit en compter sept. Le tome III comprendra la Syphilis acquise, le tome IV la Syphilis héréditaire, le tome V la Syphilis viscérale, le tome VI la Neuro-syphilis (sous la direction du professeur agrégé Sézary) et le tome VII la Prophylaxie et la Thérapeutique.

Sur les 724 pages que contient le tome premier, 510 sont dues à la plume de M. Jeanselme et, sur ces 510 pages, 434 sont consacrées à l'étude historique de la syphilis. Le mot de chef-d'œuvre n'est pas exagéré. L'auteur, dont la compétence d'historien est universellement reconnue, ne s'est pas contenté de reproduire les notions banales que l'on peut trouver partout. Il s'est reporté aux textes originaux ; il a lu, la plume à la main, une énorme quantité de documents dont il cite ou même reproduit les principaux et surtout il se livre à une critique à la fois historique, littéraire et médicale. Seul, un syphiligraphe doublé d'un érudit, un savant à la fois médecin et historien, pouvait mener à bien un pareil travail. On ne connaît rien de pareil. Cela ne sera pas dépassé de longtemps. On peut dire qu'actuellement, en France tout au moins, M. Jeanselme était le seul homme capable d'écrire ces pages, qui resteront. On ne peut songer à les résumer ici. Il faut les lire. On n'a pas le droit, syphiligraphe, de les ignorer.

M. Jeanselme est également l'auteur d'un chapitre intitulé : « DE QUELQUES MALADIES DE L'HOMME ET DES ANIMAUX OFFRANT DES ANALOGIES OU AFFINITÉS AVEC LA SYPHILIS (dourine, spirochétose du lapin, syphilis

du lama, pian, maladie du sommeil) », et d'un autre chapitre intitulé : « Étiologie générale de la syphilis acquise. Causes et mécanisme de l'infection ».

La suite du tome I est un exposé clair, complet et critique de la Syphilis expérimentale, par Sézary, Schulmann et Georges Lévy : *Syphilis expérimentale chez l'homme ; Syphilis du singe ; Syphilis du lapin ; Spirochétose spontanée du lapin ; Recherches expérimentales sur l'unité ou la pluralité des virus syphilitiques* (les auteurs, je suis heureux de le constater, sont partisans de l'unité) ; *Recherches expérimentales sur la virulence des produits et des humeurs syphilitiques ; La Syphilis des animaux autres que le singe et le lapin.*

Enfin, le tome I se termine par une bonne « Étude expérimentale de l'immunité syphilitique » due à E. Schulmann et André Lemaire : *Immunité acquise de l'homme ; Superinfection et Réinfection ; Immunité expérimentale ; La transmission de l'immunité syphilitique ; Les anticorps dans la syphilis ; Relations entre l'immunité de la syphilis et celles des maladies spirochétiennes voisines ; Essai d'immunisation artificielle ; Conception générale de l'immunité syphilitique.*

Le tome II est encore tout entier consacré à la pathologie générale de la Syphilis. Il commence par une très belle Étude microbiologique de A. Touraine dont le nom s'attache à l'agglutination des tréponèmes depuis déjà de nombreuses années. Cet important chapitre de 160 pages est divisé en : *Historique ; Technique ; Morphologie ; Biologie ; Cultures ; Toxines, anticorps ; Classification du tréponème ; Diagnostic différentiel.*

L'anatomie pathologique générale est due au regretté et charmant I. de Jung.

Ensuite, un chapitre magistral de R. Demanche : 240 pages sur les Réactions sérologiques de la syphilis. On ne pouvait choisir un collaborateur plus compétent, à la fois technicien hors ligne et bon écrivain. Cette dernière qualité est particulièrement utile en un tel sujet : *Historique ; Technique (Instrumentation, Éléments de la réaction, Méthodes au sérum chauffé, Méthodes au sérum frais, Méthodes utilisant une hémolysine et un complément étrangers* [il n'y en a pas moins d'une quarantaine] ; *Mesure de la réaction) ; Nature et mécanisme de la réaction ; Étude critique ; Étude clinique ; Valeur pratique de la réaction de Wassermann ; Son avenir ; Législation du séro-diagnostic de la syphilis ; Les réactions de floculation* (il y en a une soixantaine) sont ensuite étudiées de la même façon, puis les *Réactions spéciales au liquide céphalo-rachidien.*

Le tome II se termine par un court chapitre de Georges Lévy sur la Réaction a la Luétine et autres Réactions biologiques.

Le texte est illustré de nombreuses figures, bien venues sur un beau papier couché. On peut ne pas aimer ce papier, principalement pour le texte, mais il faut reconnaître que la Maison Doin a fait un grand effort, surtout quand on compare l'exécution matérielle du présent Traité

avec celle du Précis-Atlas de Brocq, dont la masse informe et les pauvres pages déjà jaunies attristent la vue et le toucher des moins difficiles.

Le *Traité de la Syphilis* de Jeanselme, c'est ainsi qu'on l'appellera désormais (on pourrait dire aussi le « Jeanselme-Sézary ») se classe, tant par la haute tenue de ses chapitres que par les soins apportés à son édition, en tête des grands Traités du monde entier. On peut être assuré par la lecture des deux premiers tomes que ceux qui vont suivre ne feront que confirmer cette opinion juste et désintéressée.

CLÉMENT SIMON.

Comptes rendus des Séances du VIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie (Copenhague, 5-9 août 1930), publiés par le Dr SVEND LOMHOLT, secrétaire général. Copenhague, 1931, Engelsen et Schrœder. 1 vol. relié de 1270 pages avec nombreuses figures en noir et en couleurs.

Il faut féliciter sans réserves M. Svend Lomholt, secrétaire général du Congrès et M. Kissmeyer, secrétaire général adjoint, d'avoir pu, en moins d'un an, publier les comptes rendus des séances du VIIe Congrès international. Quand on pense qu'il a fallu attendre, composer, corriger, imprimer des manuscrits venant de toutes les parties du monde, on reste confondu de cet effort. Le secrétaire général s'excuse de ne pas avoir attendu toutes les corrections et des fautes qu'il peut avoir laissé échapper. Il a préféré, et il a eu raison, risquer de laisser passer quelques erreurs orthographiques dans l'une ou l'autre des quatre langues admises, de façon à hâter la publication du volume. Personne ne saurait lui en tenir rigueur.

Les lecteurs des *Annales* ont déjà lu l'analyse forcément succincte mais parfaite qu'a faite du Congrès M. Solente. Ceux qui n'étaient pas à Copenhague ont pu ainsi se rendre compte de l'importance de ces assises dermatologiques et ils voudront lire en détail les exposés qu'ont faits les rapporteurs de leur travail, les discussions qui ont suivi, les nombreuses communications qui ont rempli des séances entières. L'édition est parfaite ; les figures et données histologiques sont abondantes et bien reproduites. Ce volume, complétant le premier, celui qui contient le texte des rapports, doit trouver une place d'honneur dans la bibliothèque de tout dermatologiste. CLÉMENT SIMON.

Précis de physiothérapie et de petite chirurgie dermatologiques, par JEAN MEYER et JEAN SAIDMAN, avec la collaboration de ROBERT GIRAUDEAU. Préface du professeur GOUGEROT. G. Doin et Cie. Paris, 1931.

Le précis que MM. J. Meyer et J. Saidman viennent de faire éditer est un exposé clair, élémentaire, mais pratique, des ressources chaque jour plus étendues que nous offre en thérapeutique dermatologique l'emploi des agents physiques et de la petite chirurgie.

La première partie du volume (pages 13 à 103) nous offre, après un intéressant paragraphe consacré à l'anesthésie en dermatologie, une description précise et méthodique des diverses méthodes physiothéra-

piques, des appareils qu'elles nécessitent et de leur mode d'emploi : l'électrothérapie sous ses multiples variantes est d'abord étudiée : courants continus, haute fréquence, actinothérapie, — radiothérapie et curiethérapie, ces dernières remarquablement résumées par M. Robert Giraudeau. Font suite : la cryothérapie, l'air chaud, la douche filiforme de Veyrières. — Je relèverai une omission à mon sens importante, dans le chapitre de la petite chirurgie dermatologique, celle des scarifications quadrillées de Balmano-Squire, Vidal et Brocq ; sans doute, les auteurs y consacrent, à propos du lupus, une dizaine de lignes ; une étude d'ensemble de leurs indications, de leur matériel instrumental, de leurs modes variés de réalisation, de leur technique précise et minutieuse nous semblerait légitimer un chapitre entier et spécial de la première partie de l'ouvrage par les merveilleurs résultats que, bien pratiquées, des scarifications procurent au point de vue curatif et esthétique dans nombreuses dermatoses : il est malheureux de constater combien, en dehors des milieux purement dermatologiques, la plupart des praticiens ignorent cette technique.

Dans la deuxième partie de l'ouvrage sont envisagées une à une les dermatoses justiciables d'un traitement physique ; nous ne pouvons les énumérer ici, il y a 41 chapitres différents : pour chacun d'eux, les auteurs donnent avec précision les indications et les contre-indications, avec le grand mérite de ne pas céder à cet engouement excessif qui, pour certains, fait de chaque méthode nouvelle une panacée universelle.

Avec notre ami Gougerot qui a préfacé ce très intéressant ouvrage, nous féliciterons ses auteurs pour la mise au point qu'ils nous apportent aujourd'hui de leur pratique assidue et raisonnée de la physiothérapie dermatologique. LUCIEN HUDELO.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

NOUVELLES CONTRIBUTIONS A LA PATHOGÉNIE ET A LA PHYSIOLOGIE DU ZONA

Par G. MARINESCO
Membre de l'Académie roumaine,
Correspondant de l'Académie de Médecine de Paris.

I

On peut distinguer dans l'évolution de nos connaissances relatives à l'anatomie, à la physiologie pathologique et à la pathogénie du zona trois périodes différentes.

La première commence avec les observations cliniques de Baerensprung, Charcot et Cottard qui ont trouvé, en cas de zona, des lésions des ganglions spinaux sous forme d'infiltrations tumorales. Lesser, plus tard, découvrit, au niveau des mêmes ganglions, des hémorragies, des infiltrations périvasculaires et une dégénérescence des cellules nerveuses. La plupart des auteurs de l'époque, à la suite de l'hypothèse de Samuel, ont considéré que l'éruption de zona seraient due à une action des nerfs trophiques, cette opinion étant en quelque sorte corroborée par les recherches expérimentales de Joseph qui a vu, chez des chats, une atrophie du système pileux suivre l'extirpation du second nerf cervical.

D'autre part, des troubles nutritifs ont été souvent constatés après la section du nerf sciatique (lapin, cobaye). Mais surtout les altérations de la cornée, consécutives à la section du trijumeau et l'inflammation du poumon qui suit la section des deux vagues ont été invoquées en faveur de l'existence des nerfs trophiques. Cependant si on suture le pavillon de l'oreille au-devant de l'œil les troubles trophiques ne se produisent pas. Quant à l'inflammation du poumon consécutive à la double vagotomie elle est due à la péné-

tration des parcelles alimentaires et de la salive dans les voies respiratoires. De nombreux faits plaident contre la nature simplement trophique du zona. Ainsi que nous l'avons montré antérieurement les physiologistes n'ont pas davantage réussi à produire des éruptions du zona après la section du trijumeau que les cliniciens à voir apparaître le véritable zona après l'extirpation du ganglion du Gasser.

Ensuite nous avons démontré de toute évidence que les altérations les plus différentes des ganglions de Gasser telles que : tumeurs différentes, inflammations produites par les virus neurotropes ne donnent jamais naissance à des éruptions zonateuses.

La seconde période commence avec les observations cliniques très judicieuses de Landouzy et Erb.

II

Dès l'année 1883 Landouzy a soutenu que le *zona zoster* est une maladie infectieuse et ses arguments ont entraîné la conviction de tous les neuro-pathologistes. La même opinion a été défendue en Allemagne par Erb. Les faits qui montraient la nature infectieuse du *zona zoster* sont les suivants :

1. La maladie a un début fébrile qui présente une analogie avec l'invasion d'une fièvre éruptive ;

2. Le zona apparaît par séries pendant certaines saisons, surtout à la fin du printemps et au commencement de l'été ;

3. Cette maladie infectieuse donne naissance parfois à des véritables petites épidémies ;

4. Elle coïncide avec une autre maladie nettement infectieuse : la varicelle. C'est là un point sur lequel on a publié à l'étranger (Elliot, Low, Bokay, Feer, Bacmeister, Lampe, Magda, Frei) et en France des observations parmi lesquelles il faut citer celles de M. Netter ;

5. Le zona confère une immunité presque absolue. Les observations qu'on a publiées sous le nom de zona récidivant constituent plutôt des erreurs de diagnostic ou bien il s'agit là d'herpès récidivant. Landouzy avait déjà attiré l'attention sur ce point, lui-même ayant observé chez un malade 5 récidives zostériformes au début d'un mal de Pott. La ressemblance qui existe entre l'éruption

d'herpès récidivant et celle de *zona zoster* peut d'ailleurs expliquer les erreurs de diagnostic.

Enfin l'anatomie pathologique est venue apporter une preuve en faveur de la nature infectieuse du zona. En effet, les lésions décrites par Head et Campbell dans les ganglions spinaux confirmées par Armand Dellile et J. Camus, Déjerine et Thomas, Achard, Mme Nicolesco, Lhermitte et Nicolas et d'autres auteurs, nous montrent que ces lésions inflammatoires ressemblent à celles produites par d'autres maladies infectieuses à savoir : la rage, le typhus exanthématique (Marinesco), etc.

Nous allons rappeler l'histoire anatomo-clinique d'une malade morte plusieurs années après avoir eu une éruption de *zona zoster*. Elle présente un certain intérêt au point de vue du mécanisme de l'immunité.

Nous avons été surpris de trouver dans ce cas, 4 ans après le zona, un processus inflammatoire du type chronique très marqué, surtout au niveau des ganglions spinaux où les altérations sont au maximum. Minimes du côté gauche, les altérations étaient très intenses à droite, particulièrement au niveau des premiers ganglions lombaires et surtout dans la portion sous-capsulaire du ganglion. Il s'agit d'une abondante infiltration de cellules plasmatiques et de lymphocytes entre les cellules ganglionnaires qui sont comme étouffées par ce processus. Les cellules satellites sont évidemment proliférées ; de nombreux lymphocytes s'infiltrent parmi ces éléments satellites. Par places, l'infiltration interstitielle lymphocytaire se présente comme de véritables nodules. Les cellules ganglionnaires présentent des altérations manifestes. On en trouve en état de désintégration et surtout d'atrophie pigmentaire ; on rencontre même de véritables nodules résiduels.

A la partie centrale du ganglion le nombre de lymphocytes diminue tandis que les cellules plasmatiques sont plus nombreuses.

Dans les faisceaux nerveux qui traversent le ganglion l'infiltration est minime. Cette topographie de l'inflammation traduit, pour nous, la marche de l'infection qui s'est faite, probablement, des espaces lymphatiques péricapsulaires vers l'intérieur du ganglion.

Dans le tissu conjonctif qui entoure le ganglion, l'infitration par des cellules rondes est minime. Ce sont surtout les fibroblastes, en général les cellules probablement réticulo-endothéliales situées

autour des vaisseaux qui prédominent. Elles contiennent de nombreuses granulations de pigment hématique. On en voit même pénétrant avec les vaisseaux dans le ganglion sous la capsule.

Dans la portion juxta-radiculaire du nerf périphérique l'infiltration est très discrète et on y rencontre des mastocytes. Le processus d'infiltration est très intense au niveau des racines. Il s'agit tout d'abord d'une méningite marquée du type radiculaire transverse décrite par Nageotte dans le tabès. L'accumulation cellulaire est composée surtout par des lymphocytes ; on trouve cependant des fibroblastes et des plasmocytes, celles-ci en dégénérescence alvéolaire. L'infiltration par des éléments ronds se continue entre ces faisceaux radiculaires et même à l'intérieur de ceux-ci.

Les lésions semblent prédominer au niveau des racines postérieures.

Dans la moelle les altérations sont peu marquées. C'est au niveau du 1er segment lombaire jusqu'au 4e segment qu'on trouve une discrète hyperplasie méningée surtout à la région postéro-latérale de la moelle. La névroglie du tissu sous-méningé est nettement proliférée. Le septum médian postérieur présente une infiltration moyenne de cellules rondes et de rares plasmocytes. Les vaisseaux qui l'accompagnent sont en partie fibrosés. Le tissu nerveux paraseptal est le siège d'une prolifération névroglique manifeste. Les capillaires ont leur endothélium tuméfié. On trouve aussi de discrètes infiltrations périvasculaires formées de lymphocytes. Dans le cordon latéral droit existe un champ de sclérose névroglique avec de petits vaisseaux discrètement infiltrés et qui s'étend du voisinage des méninges jusque dans le faisceau pyramidal croisé. Les cellules radiculaires et les groupes situés dans la corne latérale et à la base de la corne postérieure.

Au niveau du dernier segment dorsal les lésions sont du même type. On trouve quelquefois des vaisseaux fibrosés et légèrement infiltrés. Dans le reste de la moelle dorsale et dans la moelle cervicale l'aspect est normal. Il s'agit donc d'une ganglio-radiculo-myélite chronique lombaire droite.

L'examen histologique de la peau nous montre des lésions plus ou moins rapprochées de celles indiquées par Wohlwill. C'est au niveau du derme qu'elles prédominent. L'épiderme ne présente qu'un fort épaississement de la couche cornée et une prolifération

des cellules à pigment. Dans le derme autour des follicules pileux, des glandes sébacées, des tubes excréteurs sudoripares, des petits vaisseaux et même des filets nerveux, il existe des amas de cellules rondes d'infiltration et parfois de véritables manchons. Entre ces cellules, comme d'ailleurs éparses dans les trabécules dermiques, on voit de nombreux mastocytes à granulations qui parfois prennent les couleurs acides. Il est intéressant de noter à ce niveau l'absence des cellules plasmatiques. L'endothélium de certains petits vaisseaux dermiques et des capillaires est tellement gonflé qu'il oblitère complètement la lumière. Les nerfs dermiques offrent des altérations indubitables. Les colorations myéliniques donnent des aspects nets de désintégration myélinique. D'autre part, comme nous l'avons déjà dit, il existe des filets nerveux infiltrés de lymphocytes et de mastocytes, même entre les fibres. Les capillaires de ces nerfs présentent une tuméfaction manifeste de leur endothélium. L'infiltration lymphocytaire du tissu dermique est constituée par de véritables amas lymphoïdes qui existent même dans le tissu cellulaire graisseux le long des prolongements conjonctifs et situés surtout au voisinage des vaisseaux.

Dans le derme, il y a de nombreux extravasats sanguins qui s'étendent dans le tissu cellulo-graisseux où ils prédominent. Au niveau de ces hémorragies on trouve, en dehors de petits amas de pigment sanguin ou de granulations incluses dans des cellules réticulo-endothéliales, de très nombreux globules rouges dont l'affinité tinctoriale est très faible.

Dans le tissu cellulaire lâche on voit également de petits vaisseaux infiltrés de lymphocytes.

En résumé, il s'agit d'un cas d'éruption véritable de *zona zoster* ayant intéressé la face interne et la face postérieure de la cuisse du côté où il y avait des troubles de syndrome thalamique. C'est là un point qui mérite d'être souligné.

La coexistence du *zona zoster* et d'herpès chez notre malade prouve que les deux virus diffèrent quant à leur nature. D'autre part, le fait que l'éruption s'est localisée du côté du membre inférieur droit atteint d'hémiplégie et d'hémianesthésie tend à prouver que les moyens de défense à l'égard du virus ayant diminué de ce côté ont facilité la pénétration du virus à ce niveau.

Nous venons de décrire les lésions de la peau examinée 4 ans

après l'apparition de la maladie mais ce qui est important, au point de vue de la nature et de la transmission aux centres nerveux du *zona zoster*, ce sont les changements des éléments constitutifs de la peau que nous avons constatés dans cinq cas de biopsie.

En effet, en dehors des lésions bien connues des cellules de la couche de Malpighi et la formation des vésicules ce qui nous intéresse de plus près c'est d'une part la formation des soi-disant corpuscules zostériens de Lipschütz et d'autre part la propagation du processus inflammatoire dans les éléments constitutifs des papilles du derme et du tissu sous-cutané. L'intensité de ces lésions diffé-

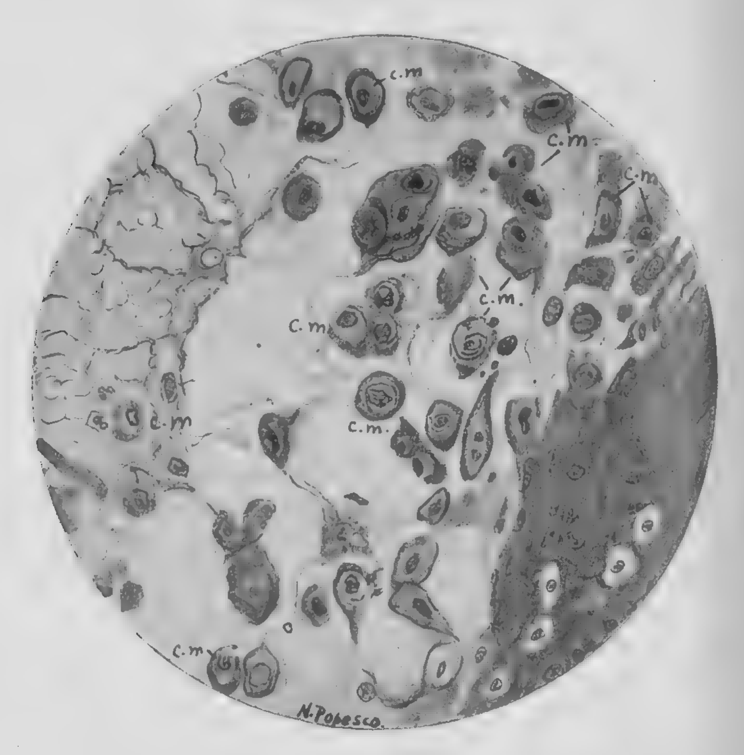


Fig. 1. — Coupe d'une vésicule de zona où l'on voit des cellules de Malpighi (*c. m.*) dissociées, flottant dans le liquide de la vésicule. On voit la transformation progressive du noyau dont la chromatine est pour la plupart du temps refoulée à la périphérie, formant une espèce de couronne autour du nucléole, remplacé par les corpuscules de Lipschütz, de forme différente et coloré en rose, en rouge ou en rouge violet.

rant suivant l'évolution de la maladie et la région examinée, on peut dire, d'une façon générale, qu'on retrouve les corpuscules décrits par Lipschütz dans un grand nombre de cellules profondes de la couche de Malpighi disloquées qui flottent dans un milieu liquide (fig. 1). Ces cellules offrent des lésions plus ou moins intenses de leur protoplasme qui subit une transformation acidophile et

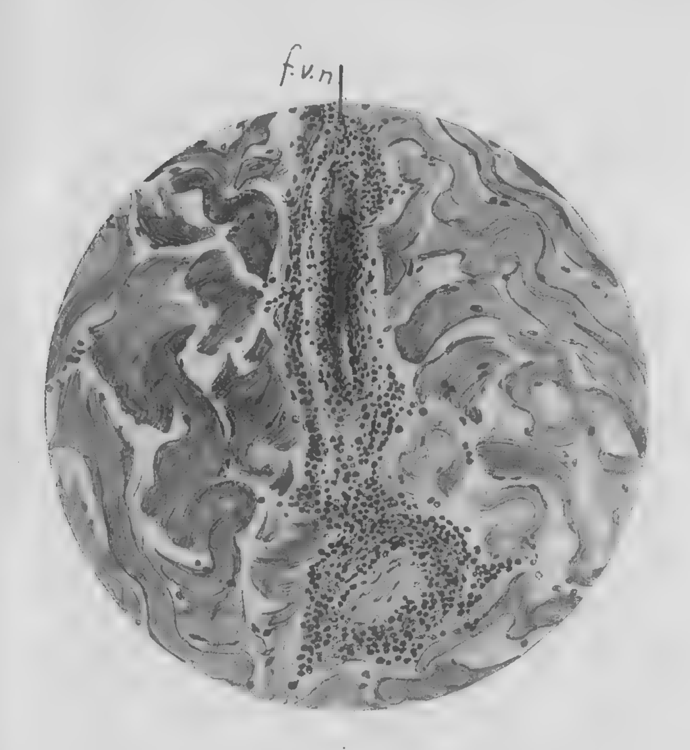


Fig. 2. — Paquet vasculo-nerveux (*f. v. n.*) du derme entouré d'une quantité considérable de lymphocytes et de monocytes.

d'autre part à l'intérieur du noyau on voit un corpuscule rond, ovoïde, plus ou moins régulier, se colorant en rouge-violet dans les coupes à l'hématoxyline-éosine. La chromatine qui forme le réseau du noyau borde ce corpuscule ou bien elle est rejetée à la surface interne du noyau. La signification de ces corpuscules n'est pas bien précisée, comme on le verra dans la suite.

Ce qui attire notre attention ce sont les lésions dans les papilles,

autour de glandes, de follicules pileux et de paquets vasculo-nerveux.

En effet, les papilles de même que les terminaisons nerveuses sont altérées; il y a une infiltration de lymphocytes autour des vaisseaux, infiltration qui augmente à mesure que l'on descend dans le tissu sous-papillaire du derme, de sorte qu'on assiste à la formation de manchons ou de gaines constitués par une infiltration de lymphocytes et de monocytes, on n'y voit pas de polynucléaires (fig. 2, 3, 4). L'infiltration est tellement considérable que les petits nerfs et les vaisseaux apparaissent plongés dans cette masse cellulaire d'infiltration. Même plus, les lymphocytes pénètrent dans la gaine conjonctive des faisceaux nerveux, dissocient les fibres et

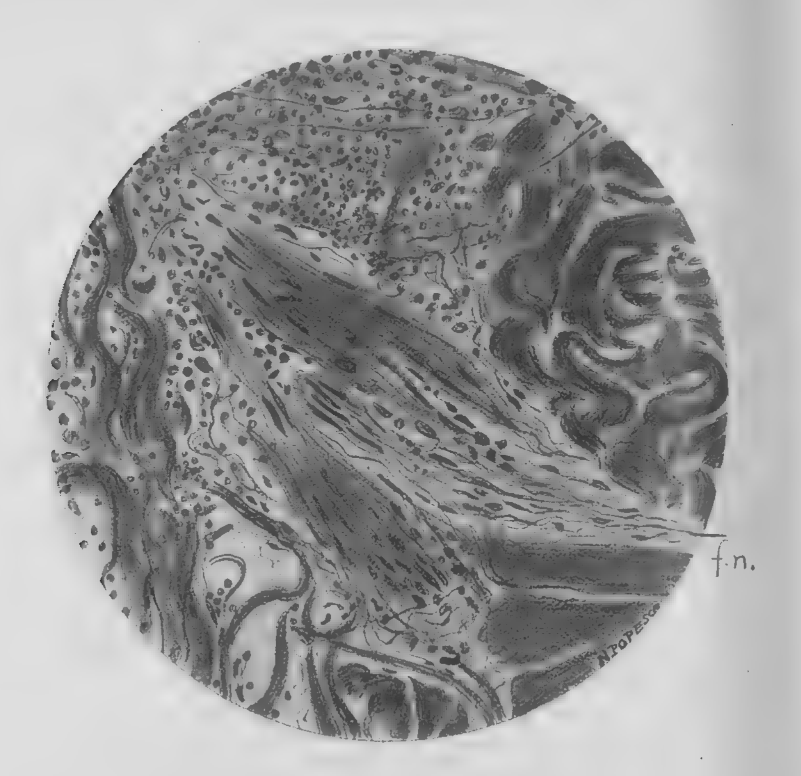


Fig. 5. — Processus d'infiltration très accentué du faisceau nerveux par des lymphocytes qui dissocient les fibres nerveuses (*f. n.*).

ANNALES DE DERMATOLOGIE
ET DE SYPHILIGRAPHIE
VIIe Série, Tome II, No 6, Juin 1931

PLANCHE I
(*Mémoire G. Marinesco*)

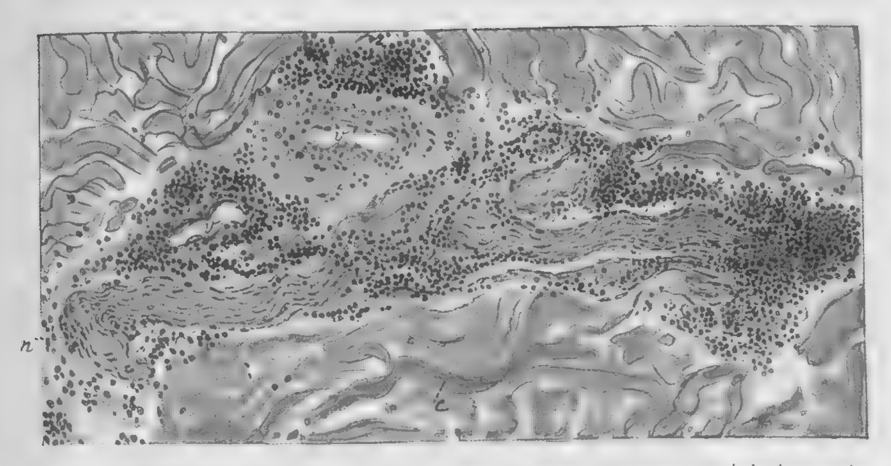


Fig. 3. — Coupe longitudinale d'un faisceau nerveux (*n*) du derme accompagné de deux petits vaisseaux (*v, v'*). Autour du paquet vasculo-nerveux, il y a une quantité extraordinaire de lymphocytes disposés en foyers. Les lymphocytes arrivent à la surface et même à l'intérieur du nerf, mais pas dans les faisceaux de collagène (*c*).

Fig. 4. — Faisceau nerveux (*f. n.*) à direction courbiligne, avec les vaisseaux qui l'accompagnent, englobés dans une masse de lymphocytes, parmi lesquels il y a des monocytes. Le faisceau nerveux se trouve immédiatement au dessous de la couche de Malpighi.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

constituent des fascicules à l'intérieur du faisceau nerveux (fig. 5 et 6).

La myéline dégénérée se présente sous forme de granulations (fig. 7).

Dans les préparations au Bielschowsky on a l'impression que les cellules de Schwann sont multipliés ce qui indiquerait la destruction de quelques fibres nerveuses.

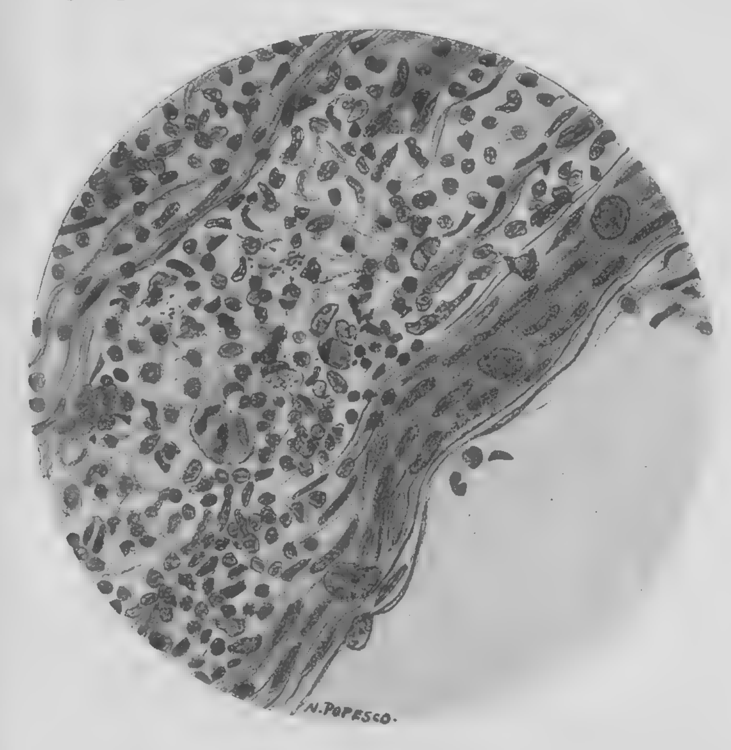


Fig. 6. — Coupe traitée par la méthode de Bielschowsky, dessinée au fort grossissement. On voit la pénétration des lymphocytes à l'intérieur du faisceau nerveux dont les fibres sont écartées par l'infiltration. A gauche, une infiltration considérable par des lymphocytes et des phoblastes.

La même infiltration lymphocytaire se trouve autour des follicules pileux, mais le faisceau musculaire *errector pilorum* est intact.

On peut trouver aussi une infiltration entre les faisceaux collagènes et dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces constatations histologiques nous autorisent d'affirmer que le virus se propage le long des faisceaux nerveux et même des fibres nerveuses lorsqu'il a pénétré à l'intérieur du faisceau nerveux.

Par conséquent nous pourrons admettre que la transmission du virus dans les ganglions spinaux et la moelle se fait d'une façon centripète mais nous n'avons pas le droit d'exclure d'une façon absolue la voie centrifuge.



Fig. 7. — Coloration par Herxheimer-Schalack-hématoxyline. Foyer de lymphocytes englobant un faisceau nerveux (*f. n.*). On voit en outre la pénétration des lymphocytes dans le nerf et l'émulsion de la myéline sous forme de gouttelettes.

Sans doute que la transmission se fait aussi le long des fibres sympathiques car nous avons trouvé une infiltration dans les ganglions microsympathiques, décrits par Minéa et moi-même, et d'autre part Bielschowsky et Urechia ont vu des altérations inflammatoires des ganglions sympathiques.

III

La troisième période, la plus récente, commence avec les recherches importantes de Lipschütz que nous avons pu confirmer et étendre, recherches qui nous ont conduit à formuler les conclusions suivantes (1) :

1. Il n'y a pas de zona symptomatique ou syndrome zostériforme sous la dépendance de causes différentes. Tout zona véritable est l'expression de l'action d'un virus spécial, probablement invisible : le virus zostérien.

2. Les éruptions cutanées ou muqueuses qui caractérisent principalement le *zona zoster* représentent l'action nocive du virus sur la peau au niveau de la région intéressée et non pas un trouble trophique consécutif à la lésion du ganglion spinal, comme l'ont admis les auteurs classiques.

3. Les lésions histologiques du système nerveux retrouvées dans la plupart des cas de zona, c'est-à-dire processus inflammatoire du ganglion, des racines ou même de la moelle relèvent d'une névrite ascendante. L'infection primitive localisée à la peau se propage par les terminaisons nerveuses le long des nerfs.

Depuis la publication de notre travail plusieurs auteurs (Wohlwill, Levaditi, Pette, Foerster, etc.) ont émis des idées plus ou moins identiques. En ce qui concerne l'unicité du zona il faut raprappeler que M. Netter et Urbain ont réussi à obtenir la réaction de fixation avec un antigène extrait de vésicules de *zona zoster*, même dans des cas de zoster symptomatique.

D'ailleurs les expériences simultanées de transmission du zona à la cornée de lapin obtenue, il est vrai, exceptionnellement, de même que la présence d'inclusions dans les cellules de la cornée inoculée et, plus récemment, l'inoculabilité du zona chez l'homme, comme le montrent les recherches de Kundralitz, confirment nos données antérieures à savoir que le matériel prélevé sur les vésicules peut être inoculable et que la porte d'entrée du virus a lieu ou peut avoir lieu par les téguments.

(1) G. Marinesco et St. Draganesco. Nouvelles contributions à la pathogénie du *zona zoster*. *Presse méd.*, nº 67, 1927 ; voir aussi G. Marinesco et St. Draganesco. Contributions à la pathogénie et la physiologie pathologique du *zona zoster*. *Revue neurologique*, nº 1, 1er janvier 1923.

Développons cette notion de l'existence d'un virus zostérien dont la porte d'entrée est la peau et voyons les arguments dont on peut étayer cette hypothèse. On peut admettre avec Doerr que la base expérimentale de l'hypothèse d'un virus zostérien spécifique repose sur quatre ordres de faits : A) Essais de transmission aux animaux ; B) Résultats des inoculations expérimentales aux hommes ; C) Constatations microscopiques dans les tissus affectés par voie naturelle ou expérimentale (corpuscules zostériens) et D) Résultats des réactions d'immunité obtenus avec le sérum des malades atteints de *zona zoster* ou des convalescents de la même maladie.

A. — *Faits d'ordre expérimental.* — Après les essais négatifs de Kreidig, Baum, Doerr et Woechting, Teissier, Gastinel et Reilly c'est Lipschütz qui a inoculé pour la première fois l'agent pathogène pris dans le contenu des vésicules de zoster sur la cornée du lapin. Après 48 heures, légère conjonctivite et kératite représentée par des vésicules rondes contenant du pus et ayant une tendance rapide à guérir spontanément. Dans un cas sur trois positifs (il y avait en outre trois cas négatifs et un douteux) les lésions de la cornée étaient très peu marquées. L'épithélium cornéen renfermait dans ce cas des corpuscules zostériens que Lipschütz considéra (1921) comme une preuve que l'inoculation a été positive. Dans un cas ces corpuscules faisaient complètement défaut et n'existaient en grande quantité que dans un autre cas.

Cipolla a expérimenté dans quatre cas de zoster idiopathique et trois de zoster symptomatique et il a transmis le contenu des vésicules ou des efflorescences prévésiculaires à la cornée du lapin. Cet auteur interpréta le résultat d'après l'image clinique obtenue ; parfois il énucléa le globe oculaire et examina la cornée d'après la méthode de Paul.

Cipolla n'a obtenu un résultat positif net que dans un cas de zona idiopathique tandis que les cas symptomatiques donnaient toujours des résultats positifs, à savoir une kératoconjonctivite aussi intense que celle produite par le virus herpétique. C'est là la raison pour laquelle Cipolla admet une étiologie différente pour les deux espèces de zoster.

Blanc et Caminopetros, après la transmission du contenu des vésicules de zoster à la cornée du lapin, ont vu, dans deux cas sur neuf, l'apparition des phénomènes paralytiques (paraplégie anté-

rieure et postérieure) et atrophie musculaire qui rétrocédèrent. Ces cas offrent une certaine analogie avec les cas cliniques de Souques et Alajouanine (*Soc. méd. des Hôp.*, 28 avril 1922).

Avec Draganesco, j'ai utilisé du liquide céphalo-rachidien d'un zonateux qui contenait 400 lymphocytes par division de la cellule Nageotte mais il n'y avait pas de microbes ni sur les frottis ni dans les cultures sur gélose ni sur agar-agar humain. Nous avons inoculé ce liquide chez neuf lapins six jours après le début de la maladie, d'un côté dans la chambre antérieure et de l'autre par la scarification de la cornée. De plus, chez cinq de ces lapins on a introduit sur la dure-mère 0 cc. 2 de liquide centrifugé. Les trois premiers lapins ne présentaient qu'une légère infection traumatique, mais le lapin n° 4 offrait, au bout de quatre jours, sur la cornée de l'œil injecté dans la chambre antérieure une zone d'infiltration. Le lapin n° 5 avait sur la cornée scarifiée deux points d'infiltration. Le lapin n° 6 ne présentait rien localement. Le lapin n° 7 en dehors d'une réaction fébrile à partir du 4e jour offrait une bande d'infiltration qui allait jusqu'au centre de la pupille. Les lapins nos 8 et 9 ont fait une réaction fébrile très faible, rien au niveau de la chambre antérieure. Une inoculation d'émulsion de cerveau et surtout de mésocéphale du lapin n° 7 à la cornée des lapins nos 10, 11, 12 et 13 a eu pour résultat que les lapins nos 12 et 13 offraient, les 3e et 4e jours, une infiltration grisâtre au voisinage du sillon de la scarification. Il y avait en outre un chémosis intense et de la sécrétion conjonctivale.

Dans un autre cas, malade avec dix lymphocytes par division de la cellule de Nageotte, nous avons introduit par scarification deux gouttes de sérosité de vésicules dans l'œil gauche des lapins nos 14, 15 et 16. Chez deux d'entre eux il est apparu le 4e jour, au niveau de la scarification, une infiltration linéaire. A l'examen microscopique nous constatons chez le lapin n° 14, quelques cellules œdémateuses, gonflées ; par-ci, par-là on voit la lésion spéciale du noyau consistant dans l'atrophie de la chromatine, qui est poussée vers la membrane, tandis que la petite masse acidophile développée offre une ressemblance frappante avec les inclusions décrites, par Lipschütz, chez les animaux ayant reçu l'injection d'herpès.

Les expériences de Lipschütz et les nôtres prouvent que parfois le virus du zona est transmissible à la cornée du lapin mais cette lésion est moins intense que dans l'herpès fébrile.

Truffi a obtenu dans ses expériences sur trois lapins, chez un animal, une conjonctivite intense suivie d'une maladie générale comme dans l'herpès. Dans le cerveau il n'a pu établir la présence du virus.

G. Spica (1) inoculant à la cornée de plusieurs lapins du liquide des vésicules zostériennes a constaté des réactions qui, sans avoir les caractères nets de la kératite herpétique, ne peuvent pas non plus être considérées comme de simples réactions d'irritation mécanique ou comme des réactions inflammatoires causées par des agents infectieux du type pyogène. De plus, fait important, les lapins ont succombé à des accidents nerveux d'encéphalite. Il semble donc bien qu'il existe dans le liquide des vésicules de *zona zoster* un facteur capable de provoquer non seulement des lésions oculaires mais aussi des lésions nerveuses. Ce qui ne veut pas dire d'ailleurs, comme l'a fait observer Truffi, que ce facteur soit le virus du *zona zoster*.

Minami et Ehara prétendent avoir obtenu, par un procédé, contestable d'ailleurs, des résultats positifs dans quatre cas par l'inoculation intratesticulaire du virus zostérien. Luger et Lauda dans la cornée inoculée avec le virus de *zona zoster* n'ont pas trouvé d'inclusions.

MM. S. Glaubersohn et R. Villfand (Kieff) (2) se croient autorisés à émettre les conclusions suivantes :

1. L'inoculation du contenu de vésicules de zona réussit.

2. Les données expérimentales concluant à un contage de nature varicelleuse dans le zona ne se confirment pas suivant leurs recherches expérimentales.

3. La réinoculation du zona a réussi.

4. Les inoculations du liquide cérébro-spinal ont été négatives. Ils ont donc le droit de ranger le zona parmi les maladies infectieuses et de croire que la porte d'entrée de l'infection zonateuse est la peau.

Ces expériences, et d'autres encore, montrent que l'inoculation cornéale du zoster produit, seulement dans certains cas très peu

(1) Etude expérimentale sur l'herpès zoster, par Giusto Spica. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia,* vol. IV, fasc. 3, février 1929.

(2) Contribution à la question du zona. *Ann. de Dermat.*, juin 1929.

nombreux, des réactions (infiltration ou conjonctivite). En outre, ces phénomènes, quand ils existent, ne peuvent être interprétés, selon l'avis de Doerr, comme les symptômes d'une inoculation réussie.

Enfin, aucun chercheur n'ayant réussi à obtenir la transmission en série de l'affection cornéenne par des passages successifs, de suite on peut affirmer, avec Doer, que contrairement à l'herpès la preuve péremptoire de la transmission du virus zostérien à l'animal n'a pas été donnée dans la majorité des cas. La réceptivité des animaux de laboratoire (lapin, cobaye, souris, simiens inférieurs) pour le virus zostérien est si inconstante et si réduite, les lésions sont pour ainsi dire avortées, qu'on ne peut pas utiliser les expériences pratitiquées sur des animaux pour démontrer l'existence et les propriétés du virus zostérien.

L'encéphalite zostérienne constatée par Maineri consécutive à l'inoculation subdurale n'a pu être répétée jusqu'à présent par personne. Blanc et Caminopetros, Doerr, Colle et Kuthner n'ont pas pu déclancher une encéphalite par l'application intracérébrale de substance zostérienne chez le lapin.

B. — *Transmission à l'homme.* — Les premières tentatives de transmission avec résultat négatif concernent surtout les adultes. Le premier qui communiqua des résultats positifs fut Kundratitz lequel avait inoculé par voie sous-cutanée le contenu des vésicules de *zona zoster* chez trois enfants et par voie intracutanée chez un autre. Sur vingt-huit autres enfants, Kundratitz a obtenu chez dix-sept d'entre eux une affection locale, deux enfants inoculés firent plus tard une éruption généralisée vésiculeuse. Freund, Glaubersohn et Willfand prétendirent avoir également obtenu des résultats favorables. Lauda et Stöhr nient cette possibilité. Nous-même, avec le docteur O. Sager, avons pratiqué des inoculations de *zona zoster* de l'homme à l'homme, avec le consentement du sujet ; nous avons obtenu un résultat positif dans un cas sur quinze. Cependant l'éruption, apparue quatre semaines plus tard, n'était pas localisée au point de scarification (bras droit) mais elle siégeait sur le territoire sous-mamelonnaire et scapulaire droit. Rappelons à cet égard que Lauda et Stöhr ont pu provoquer une varicelle en utilisant le matériel prélevé sur les vésicules de zona infantile ce qui prouve que l'éruption cutanée est contagieuse.

C. — *Signification des corpuscules zostériens pour l'étiologie du zona zoster.* — Lipschütz considère les inclusions comme des produits réactionnels du noyau cellulaire, à savoir comme un chlamydozoaire, c'est-à-dire comme une inclusion étrangère qui se trouve dans les cellules épithéliales dont le noyau dans lequel ont pénétré les microbes de zoster répond à la multiplication de ceux-ci par la formation d'une zone de réaction qui enveloppe l'agent pathogène ; cette zone de réaction et les microbes y inclus représentent la masse du corpuscule zostérien. L'altération cellulaire est considérée par Lipschütz comme un processus spécifique, l'infection du noyau étant un phénomène constant.

Luger et Lauda, Paschen, etc., nient cette interprétation du corpuscule zostérien qu'ils considèrent comme une dégénérescence spéciale du noyau.

Ce qui est vrai c'est que dans les efflorescences de la peau produites par voie naturelle les corpuscules zostériens existent toujours (Lipschütz, Paschen, Luger et Lauda, Marinesco et Draganesco, Simon, Cole et Kuthner), quand ils ne sont pas décelables la cause en est dans l'examen qui a été pratiqué dans une phase tardive de la maladie. La même affirmation est valable pour l'herpès. Les corpuscules existent aussi dans les vésicules de zoster produites dans les expériences sur la peau humaine (Lipschütz, Freund, etc.). Lipschütz les a vus ensuite dans les cellules épithéliales du lapin inoculé à la cornée, chez lequel il s'est produit une kératite.

J'ai pu, avec Draganesco, les trouver dans deux cas. Cependant le nombre des cas négatifs est infiniment plus grand (Luger, Lauda, Colle et Kuthner) ce qui a induit Doer et Berger à affirmer que la réceptivité du lapin pour le virus est exceptionnelle sinon nulle.

Lipschütz croit qu'entre le corpuscule de zoster et ceux de l'herpès existent des analogies frappantes. Luger et Lauda dans la dermatite vésiculeuse salvarsanique ont trouvé des modifications nucléaires dans le noyau des cellules épithéliales, lesquelles au point de vue morphologique et tinctorial se superposent à ceux de l'herpès. Lipschütz a nié cette identité.

Pour Doerr et Berger, les altérations nucléaires à elles seules ne fournissent pas la certitude de l'existence d'un virus zostérien car

elles existent aussi dans d'autres affections ayant une ressemblance avec le zona (l'herpès, la varicelle).

D. — La présence des anticorps spécifiques dans le sérum des zonateux a été démontrée par Netter même chez les convalescents, mais dans les expériences de contrôle Lauda et Silberstein ont obtenu des résultats tous négatifs. Cependant Pincherle et Vegni, A. Walgren, Bedson et Bland ont pu confirmer les résultats de Netter et Urbain.

IV

Réflexions sur la réceptivité du « zona zoster » chez l'homme.

Au cours de ces dernières années l'étude de la biochimie et de la physiologie de la peau a pris une importance considérable car on s'est rendu compte que la peau est un complexus d'organes qui jouent un rôle important dans la physiologie et la pathogénie de notre organisme. Il ne fait aucun doute que la peau joue un rôle de protection mais son action dans les échanges nutritifs est beaucoup plus considérable.

Rappelons en outre les réactions cutanées liées aux diverses dysfonctions endocrines, aux avitaminoses, aux phénomènes immunitaires.

La peau a deux fonctions essentielles : fonction de protection vis-à-vis du milieu ambiant ; fonction de relation avec ce même milieu. Pendant le développement phylogénique la peau présente des variations structurales suivant que prédomine l'une ou l'autre de ces deux fonctions. Ainsi la peau des invertébrés est caractérisée par la présence de chitine ; chez les vertébrés inférieurs (poissons, amphibies) l'élément prédominant est la mucine ; chez les oiseaux et les mammifères, à la mucine se substitue une protéine dure et insoluble, la kératine.

Envisagée, au point de vue de la constitution morphologique, la composition chimique de la peau présente de nombreuses particularités.

En effet, Marchioni et Scholtz (de Kœnisberg) ont montré que la réaction de la peau varie selon la région considérée : couche tout

à fait superficielle de la peau (pH = 3,5) ; couche granuleuse et moitié supérieure de la couche polyédrique (pH = 6,9) ; couche cornée (pH = 5,5-6,5) ; moitié profonde de la couche polyédrique, couche des cellules basales (pH = 7,0) ; couche sous-cutanée; (pH = 7,4-7,5).

La réaction acide de la peau défend l'organisme contre les infections bactériennes. En effet, la réaction fortement acide de la surface cutanée empêche la pullulation des germes, étant donné que les microbes ont leur optimum de croissance autour de la neutralité. Les staphylocoques et les champignons qui sont très peu sensibles aux acides peuvent difficilement se multiplier quand pH = 5.

Dans l'eczéma, le pH varie d'après Scholz (1) avec la forme de l'affection. C'est ainsi qu'on trouve les valeurs suivantes :

Dans l'eczéma desquamatif . . .	pH = 5,4-6,0
Dans l'eczéma papuleux	pH = 5,6-6,1
Dans l'eczéma humide	pH = 6,2-6,8

Hecht a montré que l'efflorescence des divers exanthèmes dépend, en grande partie, de la constitution individuelle de la peau sur laquelle elle se développe. Cette constitution à son tour est régie par les influences multiples, naturelles ou accidentelles, auxquelles elle est sujette, depuis la disposition germinale jusqu'à la mort. On sait que l'organisme des enfants a une tendance à la formation des vésicules, en outre le type de l'efflorescence syphilitique dans les divers stades est l'expression de la transformation de l'organisme. Les formes cliniques des dermatoses aiguës varient avec la modification de l'état de peau héréditaire ou modifié pendant la vie. Probablement, les lésions physiques, par exemple les engelures, les maladies générales ou cutanées, de même que les toxicoses déterminent le type de l'efflorescence d'un exanthème intercurrent.

Le fait que la morphologie des affections cutanées dépend de l'état de la peau nous explique pourquoi les divers individus réagissent différemment aux mêmes causes et que les causes différentes

(1) Scholz. Ueber säuere Behandlung Hautkrankheiten. *M. Wochschr.*, n° 36, 1930.

produisent les mêmes images ou des images analogues chez divers sujets avec le même état de la peau.

De ses recherches sur la biochimie de la peau Angelo Meineri tire les conclusions suivantes :

La peau normale est plus acide que le sang, ce qui est conforme aux recherches faites par d'autres auteurs.

L'équilibre acide-base de la peau varie suivant les régions. Les grandes étendues de la surface cutanée rendent ce résultat vraisemblable. Ce qui est d'ailleurs d'accord avec les variations régionales de la fonction cutanée contrôlée par les différents tests : dermographisme, formule leucocytaire, adrénaline, morphine.

Meineri rappelle une opinion de Rondoni : l'augmentation de la concentration des H-ions détermine dans les cellules un ralentissement des phénomènes d'oxydation et une rétention dans les tissus de produits de l'oxydation incomplète, eux-mêmes acides. L'augmentation des OH-ions a un effet contraire ; elle augmente les oxydations.

Nous avons pu constater, d'autre part, que ces lésions peuvent persister atténuées pendant plusieurs années. Le virus s'achemine le long des vaisseaux et, grâce aux espaces lymphatiques d'entre les fibres nerveuses, se dirigent vers les ganglions spinaux ou sympathiques où les lésions atteignent leur maximum.

Cette altération considérable est due, à notre avis, au potentiel d'oxydoréduction.

Malheureusement nous ne pouvons faire que des hypothèses sur le potentiel d'oxydoréduction des cellules nerveuses dans le zona étant donné que nous ne possédons aucune donnée sur ce sujet.

Il y a un facteur important qui intervient dans le mécanisme de l'odogénèse et c'est le potentiel d'oxydoréduction qui varie, à coup sûr, dans les différents tissus que traverse le virus et particulièrement celui du *zona zoster*.

Ce que nous pouvons affirmer, pour le moment, c'est qu'il doit y avoir une différence considérable entre les phénomènes respiratoires et en général entre les fermentations qui se déroulent dans les fibres et les cellules nerveuses.

Comme je l'ai montré autrefois, peu de temps après Katsunuma, les cellules nerveuses contiennent une grande quantité

d'oxydases et c'est dans le cytoplasma et le noyau que se déroulent les phénomènes importants d'oxydoréduction.

Le *r*H symbole d'oxydoréduction est, dans certaines limites, constant. Selon Parat, ce serait le vacuome qui fixe l'O libre, le reste du protoplasma et le chondriome seraient le lien de réduction. Le potentiel minimum compatible avec la vie des cellules nerveuses est probablement altéré à la suite de l'action des ultravirus. Sans doute que (et cette opinion a été émise par Unna) le potentiel est différent dans le noyau et le protoplasma des cellules et nous avons surtout en vue les cellules nerveuses. Il est vrai que Rapkine et Wurmser n'ont pas constaté des différences sensibles mais ils ont opéré sur des cellules de la glande salivaire de la larve de chironome.

En effet, au niveau de l'éruption de zona nous constatons des phénomènes d'inflammation qui débutent par la vaso-dilatation, la migration des leucocytes et l'exsudation qui s'observent aussi au niveau des papilles ou bien autour des glandes et spécialement autour des petits faisceaux nerveux intradermiques.

Nous avons décrit antérieurement ces lésions où les faisceaux nerveux sont atteints par le virus zonateux mais sans pouvoir affirmer si dans ces faisceaux il y a des corpuscules de zona.

Je pourrais citer encore en faveur de cette opinion les constatations faites par Keller. Cet auteur faisant entrer dans un circuit liquide une région saine et une région lésée de la peau a constaté que la peau normale présente des modifications de la charge électrique dépendant de la modification de la concentration des électrolytes du liquide qui forme le circuit. Cet effet de concentration varie avec la concentration en ions H et avec le contenu en cathions de l'épiderme le plus superficiel; inversement cette concentration en ions H et cathionique peut être mesurée par l'effet de concentration. C'est ainsi que dans les états pathologiques où le contenu en cathions est changé, par exemple dans les états inflammatoires aigus, l'effet est diminué, dans d'autres cas il est augmenté.

Cette méthode permet encore de reconnaître la vagotonie locale d'une région cutanée quelconque : par la neige carbonique, chaleur, pression, la vagotonie diminue. Dans certaines affections telles que la sclérodermie sont modifiés en même temps et le contenu en cathions et l'état végétatif des régions malades de la peau.

V

Considérations sur la transmission du virus zostérien : odogénèse et neuroprobasie.

Les faits anatomo-cliniques tendent à prouver que l'éruption de *zona zoster* représente une lésion cutanée due à un virus spécial qui par l'intermédiaire des nerfs sensitifs et vaso-moteurs donne naissance à l'exanthème et aux vésicules caractérisant le zona.

Le processus inflammatoire se répand à tous les éléments constitutifs de la peau : vaisseaux, glandes et faisceaux nerveux, dans sa marche ascendante envahit principalement le segment ganglio-radiculo-médullaire correspondant, à l'instar du virus herpétique chez les animaux.

La réceptivité du sujet joue sans conteste un rôle essentiel, le virus pouvant y trouver des conditions tout à fait propices, telles que la diminution de la défense naturelle qui créera un milieu favorable à sa multiplication et les voies préformées (parmi lesquelles les espaces lymphatiques des nerfs jouent un rôle principal) qui permettent sa diffusion.

Le long des vaisseaux lymphatiques des nerfs le virus n'a pas rencontré des conditions propices pour sa migration mais les ganglions spinaux et probablement les ganglions microsympathiques, décrits par Marinesco et Minea, non seulement ne s'opposent pas à la transmission du virus mais encore constituent un milieu favorable pour sa multiplication. En effet, il résulte des examens pathologiques que c'est dans les ganglions spinaux que l'altération est à son maximum. Lorsqu'elle est intense elle se propage de la périphérie au centre du ganglion. De ces ganglions le virus se répand dans les racines, les méninges et le segment correspondant de la moelle, en provoquant surtout une poliomyélite postérieure.

Tout récemment un auteur allemand, Schuback, qui paraît ignorer nos recherches, constate des faits et propose une hypothèse qui se rapproche beaucoup de mon opinion.

Tout d'abord, il affirme comme nous-même, que le *zona zoster* n'est pas lié nécessairement à une lésion des ganglions spinaux. Cette opinion que j'ai soutenue depuis longtemps est d'accord avec

les faits : dans le typhus exanthématique il y a souvent une altération semblable à celle du zona ; de même dans la rage, la poliomyélite, certaines polynévrites infectieuses ne s'accompagnent pas d'éruption de *zona zoster*.

Schuback admet qu'il s'agit dans le zona d'une infection cutanée dans le domaine des segments thoraciques. Le virus dit zostérien a pénétré tout d'abord dans la peau, ensuite il a émigré d'une façon centripète dans les gaines lymphatiques des nerfs et d'une manière réflexe, dont le point de départ peut siéger aussi bien dans les nerfs périphériques que dans les ganglions spinaux et la moelle épinière, a provoqué l'éruption de *zona zoster*. Il n'y a pas de diffusion de l'éruption soit à cause du temps trop court ou bien parce que le ganglion spinal a servi de filtre et a reçu le premier coup de l'infection. On pourrait se figurer, dit cet auteur, que le reste de la peau jouit d'une immunité qui empêche la propagation du virus et consécutivement l'apparition de l'éruption.

Après avoir prouvé avec la dernière évidence, pensons-nous, que le *zona zoster* est dû à la pénétration dans l'organisme d'un virus invisible dont la porte d'entrée, à mon avis, est la peau, il nous reste à étudier les modes de transmission de ce virus le long des nerfs jusqu'aux centres nerveux.

Pour expliquer la transmission du virus nous avons imaginé l'hypothèse de l'odogénèse et M. Levaditi celle de la neuroprobasie.

L'opinion de M. Levaditi qui est plutôt une constatation de faits repose sur ses nombreuses expériences et celles des autres faites sur le virus herpéto-encéphalitique, mais elle peut s'appliquer également, tout comme notre hypothèse, à la transmission du virus zonateux.

Nous avons admis avec M. Draganesco la théorie de l'odogénèse c'est-à-dire que le virus se propage le long des voies préformées représentées par les espaces situés entre les faisceaux et les fibres nerveux, sans avoir dénié cette propriété au cylindraxe.

Tout d'abord nous avons envisagé la question des voies préformées parce que nous avons pu constater, pour la première fois, la migration du virus herpétique à partir de la porte d'entrée à travers les nerfs ciliaires, ganglion de Gasser et la branche descendante du trijumeau.

Cette hypothèse était basée non seulement sur nos recherches sur les virus herpétiques mais aussi sur le virus de la poliomyélite. En variant la porte d'entrée, comme d'autres auteurs d'ailleurs, nous avons confirmé cette manière de voir. Dans notre travail sur la poliomyélite (*Annales de l'Inst. Pasteur*, 1929, févr.) nous avons montré que dans la théorie de l'odogénèse interviennent plusieurs facteurs : la perméabilité des membranes, l'électrosmose et la charge électrique des particules colloïdales qui constituent les ultravirus.

Cette question de perméabilité nous paraît capitale dans le problème de l'immunité naturelle et elle est réglée en première ligne par le *p*H des tissus c'est-à-dire par la concentration en ions H.

Cette opinion nous paraît d'autant plus justifiée actuellement que différents chercheurs ont montré l'importance de la peau et des muqueuses dans la pénétration du virus.

La notion du neurotropisme affecte des relations avec le problème du virus nerveux, aussi est-il utile de préciser la signification de ce terme.

Nous allons insister sur le chimiotaxisme, c'est-à-dire la sensibilité à diverses substances chimiques diffusant dans le milieu.

Depuis les recherches de Pfeffer et les expériences de Massart et Bordet, les exemples de chimiotaxisme se sont multipliés. Cependant c'est surtout en matière de régénérescence nerveuse que Forssmann édifia sa théorie de l'attraction chimique dans le système nerveux et c'est ainsi que la notion de neurotropisme a été admise par la science. Cajal le premier émit l'hypothèse que l'orientation du cylindraxe et des prolongements nerveux en général pourrait être dirigée par l'existence de courants de substances positivement chimiotaxiques élaborées par les cellules vers lesquelles doivent se diriger les axones. Grâce aux recherches de Dustin, Nageotte, les nôtres et celles d'Ariens Kappers la notion de neurotropisme est entrée dans une voie nouvelle. On ne doit pas les ignorer quand il s'agit de virus ayant affinité pour le système nerveux.

En effet, l'émigration des ultra-virus tout en se faisant au hasard de la moindre résistance, chemine le long des voies préformées des filets nerveux, de sorte qu'on peut déterminer, comme c'est le cas pour le virus inoculé dans la cornée, la trajectoire du virus herpétique. L'idée de virus nerveux infiniment séduisante a détourné l'attention des chercheurs d'autres facteurs parmi lesquels l'existence

des voies préformées, dans lesquelles chemine le virus, joue un rôle important.

Il serait hasardé d'admettre que les différents centres nerveux envoient des substances chimiotaxiques pour attirer le virus neurotrope. Ainsi par exemple on ne saurait admettre que le virus de la poliomyélite injecté sous la dure-mère cérébrale soit attiré par les cellules de la substance grise lombaire où il se localise. Le facteur mécanique c'est-à-dire l'odogénèse et la loi de la moindre résistance, guident l'émigration du virus pour atteindre cette région lombaire. Les expériences que nous avons entreprises autrefois sur l'inoculation du virus poliomyélitique envoyé obligeamment par Flexner, nous ont montré que l'odogénèse existe non seulement pour le virus de l'herpès mais aussi pour celui de la poliomyélite.

C'est ainsi qu'en injectant quelques gouttes de ce dernier virus dans le ganglion plexiforme ou cervical supérieur nous avons vu que le virus chemine le long des voies nerveuses jusqu'au bulbe où il se loge dans les espaces lymphatiques qui existent dans le tissu névroglique et dans la gaine externe des vaisseaux de la substance grise du plancher du 4[e] ventricule. Ici il attaque de préférence les cellules de l'hypoglosse du même côté que l'injection parce que la vascularisation de ce noyau est plus riche et ensuite parce que, probablement, la viscosité du gel de ces cellules est moindre que celle des cellules du noyau dorsal qui, effectivement, est moins altéré. En tout cas c'est la substance grise postérieure du bulbe qui est touchée et précisément en vertu du principe d'odogénèse et du chemin le plus court qui sépare le point d'introduction du virus des centres nerveux les plus rapprochés qui est le bulbe. C'est là la raison pour laquelle nous avons soutenu, pour la première fois, que le virus encéphalitique se propage du rhino-pharynx au mésocéphale le long des lymphatiques et des filets nerveux et notre hypothèse a été confirmée par les recherches ultérieures des différents auteurs.

Evidemment que l'odogénèse représente un mécanisme plus complexe et non pas tout simplement par l'existence des voies préformées. En effet le *p*H, le potentiel d'oxydoréduction des tissus peuvent nous expliquer non seulement la localisation mais aussi l'état réfractaire. La charge électrique du virus et ses relations avec la perméabilité des membranes représentent également des facteurs essentiels dans la propagation et la pénétration du virus à travers la membrane des éléments constitutifs du système nerveux.

ULCÈRES DE JAMBE ET INSULINE

Par MM.

Jean GATÉ
Professeur agrégé à la Faculté,
Médecin de l'Antiquaille

et

Philippe BARRAL
Préparateur à la Faculté,
Ex-Interne des Hôpitaux

(de Lyon).

La question des ulcères de jambe est toujours d'actualité. Les facteurs étiologiques qui les conditionnent, les conditions pathogéniques qui président à leur développement sont encore discutés. De ce fait il n'existe pas encore, et il ne peut probablement pas exister une thérapeutique unique, spécifique d'une lésion qui n'est pas propre à une maladie déterminée, mais qui constitue, semble-t-il, l'aboutissant de facteurs étiologiques variables et de conditions pathogéniques souvent multiples. Le nombre sans cesse croissant des thérapeutiques, successivement proposées, puis abandonnées, est la meilleure preuve de la complexité du problème. C'est ainsi que, depuis quelques années, des thérapeutiques nouvelles ont été essayées pour guérir les ulcères de jambe : insuline, extraits pancréatiques privés de leur principe hypoglycémiant, acétylcholine, diathermie, rayons ultra-violets, etc.

Ces méthodes n'ont pas fait oublier les thérapeutiques plus anciennes, tels les pansements et les divers topiques, les traitements internes, notamment antisyphilitiques, les interventions chirurgicales telles que curettages, excision, saphénectomie, sympathectomie, etc.

Sans que leur multiplicité doive nous rendre sceptiques sur leur efficacité, ces nombreuses méthodes thérapeutiques nous donnent à penser, puisqu'aussi bien elles comptent parfois des succès, qu'elles demandent à être étudiées de très près afin de préciser les indications respectives de chacune d'elles.

Dans cet article, nous n'avons pas l'intention de faire une revue

générale du traitement des ulcères de jambe. Nous voulons surtout exposer objectivement les résultats du traitement insulinien, tel que nous l'avons pratiqué dans le service hospitalier de Dermato-Syphiligraphie des Chazeaux, discuter certaines autres thérapeutiques que nous avons également essayées, et nous efforcer de préciser les indications de l'insulinothérapie.

L'insuline n'est entrée que récemment dans la thérapeutique des ulcères de jambe. En 1924, Pautrier, Ambard et Schmidt constatent la guérison d'ulcères de jambe chez un sujet diabétique traité par l'insuline. Plus tard, ces auteurs guérissent par l'insuline des ulcères chez des malades hyperglycémiques non glycosuriques, et enfin chez des sujets à glycémie normale. Certaines de leurs observations constituent de merveilleux succès thérapeutiques, telle la fermeture en quelques semaines d'un vaste ulcère datant de quatorze ans.

Plus tard, au lieu d'utiliser l'insuline en injections sous-cutanées, ils emploient la poudre d'insuline, mélangée à la lactose, et enfin des pommades à base d'insuline. Neumarck utilise l'insuline non seulement en injections à distance et en pansements, mais aussi en injections intradermiques dans les bords de l'ulcère.

L'insuline, de l'avis de tous ces auteurs, possède un rôle trophique remarquable.

Nous ne voulons pas terminer cet historique sans mentionner la tentative fort ingénieuse de Barthélemy qui, à Nancy en 1924, cherche à réactiver la nutrition des tissus en leur apportant localement la glucose sous forme de sérum glucosé appliqué sur l'ulcère; il obtient quelques résultats encourageants, ce qui montre bien l'importance que le métabolisme du sucre prend lorsqu'il s'agit des ulcères de jambe.

Avant d'exposer le résultat de nos observations, nous tenons à préciser que nous ne voulons pas faire de statistique, ni établir de pourcentage ; car, si les chiffres sont précis, leur interprétation est élastique. Nous n'avons pas, d'autre part, employé l'insuline chez tous les malades reçus dans notre service pour des ulcères de jambe.

En effet : 1° Tous ceux qui présentaient de la dermite pigmentée et purpurique de Favre, des lésions osseuses ou périostées visibles à la radiographie, des signes de syphilis viscérale ou cutanée, une

sérologie syphilitique positive, ont subi le traitement antisyphilitique, presque toujours avec les meilleurs résultats.

2° Les sujets présentant des varices volumineuses ont été traités par la méthode phlébo-sclérosante de Sicard.

3° Enfin tous les patients dont l'ulcère s'améliorait par le simple repos au lit, par les traitements locaux habituels, tels que pansements aseptiques, vin aromatique, baume du Pérou, etc., n'ont pas été soumis au traitement insulinien.

En somme, nous n'avons traité par l'insuline que les sujets n'entrant dans aucune des catégories précédentes et ceux dont l'ulcère n'avait pas été amélioré nettement par l'une des thérapeutiques que nous venons d'énumérer.

Ceci explique pourquoi, en plus d'un an, nous n'avons traité par l'insuline que 19 malades sur les nombreux ulcères de jambe reçus dans notre service. Et c'est pour cela que nous ne pouvons, ni ne voulons faire de calcul statistique.

Ces réserves préliminaires sont un peu longues, mais nous paraissent indispensables pour donner à cette étude sa véritable portée.

Voici maintenant nos constatations cliniques.

A. — *Résultats cliniques du traitement insulinien.*

L'action favorable des injections d'insuline se manifeste très rapidement chez les sujets qui doivent bénéficier du traitement. Dès le second ou le troisième jour, la plaie est le siège d'une ardeur inaccoutumée; le patient accuse à son niveau une démangeaison et parfois même une brûlure. Au premier pansement, l'ulcère apparaît déjà très modifié : son fond est rouge, débarrassé de toute sécrétion purulente ; il présente des points hémorragiques, des zones qui saignent et où des bourgeons sont déjà visibles.

Pendant les premiers jours du traitement, la cicatrisation une fois amorcée progresse à pas de géant, et, d'un jour à l'autre, on constate des changements dans l'étendue de la plaie ; mais la réparation ne se poursuit pas avec la même vitesse, et se ralentit de plus en plus.

Nous avons traité par l'insuline 19 sujets porteurs d'ulcères de jambe. Après avoir indiqué les résultats obtenus et noté au passage les faits intéressants, nous indiquerons la manière dont nous avons conduit le traitement insulinien chez nos malades.

Les observations ont été réparties de la manière suivante :

I. — Echecs.

II. — Malades n'ayant pu être suivis.

III. — Guérisons complètes.

Et enfin deux observations sur lesquelles nous désirons insister particulièrement et que nous rangeons sous les rubriques suivantes :

IV. — Association de l'insuline au traitement antisyphilitique.

V. — Association de la glucose à l'insuline.

I. — *Echecs.*

Voici le détail de nos six insuccès :

1° Très vieil ulcère à bords calleux, apparu après une phlébite post-traumatique. Échec de tous les traitements, y compris du traitement insulinien ; amputation.

2° Vaste ulcère datant de trois ans, sur une jambe œdématiée, présentant des cordons variqueux indurés. Amélioration de courte durée par la saphénectomie. Échec du traitement insulinien.

3° Varices volumineuses et deux vastes ulcères. Amélioration temporaire par la phlébo-sclérose, puis échec des traitements antisyphilitique et insulinien.

4° Ulcère apparu après une phlébite variqueuse. Aucun signe de syphilis. Échec de l'insuline. Amélioré temporairement par le traitement antisyphilitique.

5° Ulcère post-traumatique, rétréci, mais non cicatrisé par un traitement antisyphilitique énergique, institué malgré l'absence de tout signe de spécificité, et associé à la diathermie. Échec du traitement insulinien.

6° Ulcère apparu il y a 12 ans, après une phlébite post-pneumonique. Échec du traitement insulinien. Cicatrisation par le néo-salvarsan, malgré l'absence de tout signe de syphilis.

II. — *Malades n'ayant pu être suivis.*

Nous avons trois observations dont nous ne pouvons tenir compte, les malades n'ayant pu être suivis, ou le traitement insulinien n'ayant pu être institué correctement pour différentes raisons.

III. — *Guérisons.*

Voici le détail de huit observations de guérison n'appelant aucun commentaire particulier.

1) Ulcère datant de 1922, dont la fermeture ne peut être obtenue qu'après trois mois de repos, et qui récidive régulièrement deux mois plus tard. Le traitement insulinien en provoque la disparition en huit ou dix jours. Les récidives ne surviennent que tous les sept ou huit mois, résistent aux injections d'Angioxyl, à la diathermie, et cèdent très rapidement, dès que l'on reprend le traitement insulinien.

2-3-4-5-6-7) Six malades dont les ulcères se sont fermés entre la 4e et la 15e piqûre d'insuline. L'un d'entre eux a présenté au bout d'un an une récidive qui a cédé rapidement à un nouveau traitement insulinien.

8) Ulcère datant de 8 mois ; guérison en 3 semaines par l'insuline. Une récidive, survenue au bout de quelques mois, est cicatrisée rapidement par quelques injections d'insuline. La malade quitte le service et revient pendant quelques semaines se faire faire un traitement d'entretien (deux injections par semaine). Pas de nouvelle récidive.

IV. — *Association de l'insuline au traitement antisyphilitique.*

Homme âgé, porteur depuis cinq ans d'un vaste ulcère à bords calleux. Spécificité certaine (Bordet-Wassermann positif, tibias épaissis, dermite pigmentée et purpurique, etc...).

En 1924, échec complet d'un traitement au néosalvarsan. En 1926, légère amélioration à la suite d'injections interstitielles de lipiodol ; un traitement au muthanol, puis à l'acétylarsan ne donne aucun résultat (1927).

On commence le traitement insulinien le 26 novembre 1927. En deux mois, l'ulcère qui atteignait les dimensions de deux paumes de main s'est réduit de moitié, en même temps qu'il a changé d'aspect : la peau environnante est rosée, ne présente plus aucune trace de dermite pigmentée ; toute la jambe est modifiée ; l'infiltration du tissu cellulaire a disparu ; les bords de l'ulcère, au lieu d'être indurés et taillés à pic comme auparavant, s'inclinent en pente douce vers l'ulcération, et sont souples.

L'amélioration ne se poursuivant plus, on conjugue le traitement insulinien au traitement antisyphilitique : durant un mois, le malade reçoit chaque semaine quatre injections d'insuline, deux de cyanure de mercure et une de néosalvarsan. La cicatrisation reprend dès le début de ce traitement conjugué que l'on interrompt le 10 mars 1928. Le trai-

tement insulinien, repris le 10 avril, à raison de trois injections par semaine, achève la cicatrisation de la plaie.

V. — *Association de glucose à l'insuline.*

Homme de 60 ans, porteur depuis des années de vastes ulcères de la jambe gauche, ulcères constitués à la suite d'une phlébite post-typhique ; éthylisme ; albuminurie contemporaine d'une scarlatine et hypertension à 180/110. Aucun signe de syphilis. Bordet-Wassermann négatif. Saphénectomie il y a quelques années, à cause des varices.

Le membre inférieur gauche est très œdématié ; les téguments sont épaissis et infiltrés ; les ulcères, complètement atones, ont des bords très calleux et très durs ; le pied, cyanosé, est le siège d'une sudation intense.

Le 16 décembre 1927, on commence le traitement à l'insuline ; après vingt injections, l'amélioration est très importante : les ulcères ont diminué de moitié, et certains sont fermés. Mais ensuite la cicatrisation s'arrête complètement.

Glycémie à jeun : 1 gr. 41 o/oo. Celle-ci, deux heures après l'injection de 15 unités d'iloglandol, est de 1 gr. 40.

Le 15 mars 1928, curettage sans résultat, puis essai d'un traitement antisyphilitique, que l'on doit interrompre car l'arsenic et le mercure sont très mal supportés.

Le 22 juin, on recommence un traitement insulinien, mais en ajoutant cette fois de la glucose (60 grammes de sirop de glucose chaque jour, *per os*), bien que le sujet ait une glycémie normale, du reste très peu modifiée par l'insuline. La cicatrisation fait en quelques semaines un grand progrès, puis s'arrête à nouveau.

Le 23 mai 1930, on détermine chez ce sujet la glycémie à jeun, puis de demi-heure en demi-heure après l'injection de 15 unités d'iloglandol (épreuve d'hypoglycémie provoquée par l'injection de 15 unités d'insuline) :

Glycémie à jeun	....	0,95 o/oo
»	1/2 heure après l'injection d'insuline..	0,86 »
»	1 heure » »	0,81 »
»	1 h. 1/2 » »	0,87 »
»	2 heures » »	0,98 »

Voyant cette chute rapide de la glycémie, qui remonte extrêmement vite au-dessus de son taux initial, on pense que l'inefficacité (relative) de l'insuline résulte peut-être de l'existence de la néphrite avec hyperperméabilité rénale. On pratique alors des injections d'insuline à intervalles de plus en plus rapprochés (jusqu'à 5 injections de 15 unités par jour) sans produire d'amélioration. La perméabilité rénale à la

phénol-sulfone-phtaléine est d'ailleurs normale (élimination de 36 o/o après 1/4 d'heure, 63 o/o après une 1/2 heure, 82 o/o après 1 heure).

L'épreuve d'hyperglycémie provoquée selon la technique d'Achard, Ribot et Binet par l'ingestion de 20 grammes de glucose a donné chez ce malade les résultats suivants :

avant l'ingestion de glucose...............	1 gr. 15 o/oo
30 minutes après l'ingestion de glucose.....	1 gr. 90 »
60 » » »	1 gr. 68 »
90 » » »	1 gr. 03 »

Cette épreuve d'hyperglycémie provoquée se rapproche un peu de celle que l'on trouve chez les diabétiques (voir plus loin).

Cette observation nous montre l'action seulement temporaire de l'insuline chez ce malade présentant cependant un trouble certain de l'utilisation des hydrates de carbone. Malgré la glycémie normale, l'adjonction de glucose « per os » a incontestablement aidé l'action de l'insuline pendant une nouvelle période ; mais ensuite l'insuline est demeurée inactive malgré les différentes modalités adoptées pour son emploi, même à très fortes doses, du reste parfaitement supportées.

B. — *Conduite du traitement insulinien.*

L'étude détaillée de ces différentes observations, rapprochée des déterminations chimiques que MM. Perrin et Linard, internes en pharmacie du service, ont bien voulu effectuer, nous a conduits à régler le traitement de la manière suivante :

Doses. — Après différents tâtonnements nous nous sommes arrêtés à la dose quotidienne de 15 unités d'insuline, faite en une seule fois, en injection sous-cutanée.

Fréquence. — L'expérience nous a également montré que les injections gagnaient en efficacité à être faites chaque jour.

Durée du traitement. — Dans les cas où la thérapeutique se montrait active, nous l'avons toujours poursuivie jusqu'à la cicatrisation complète. Nous avons même cru devoir la prolonger quelque temps après la guérison, et ne l'arrêter que progressivement, en espaçant les piqûres.

Traitement d'entretien. — Certains cas de récidive nous ont amenés à envisager l'opportunité d'un véritable traitement d'entretien poursuivi pendant pendant plusieurs mois à raison de deux injections par semaine. Cette façon de procéder nous a donné d'heureux résultats, en particulier dans une observation à laquelle nous avons fait allusion plus haut.

Incidents. — Nous nous contentons de signaler la possibilité de quelques malaises sans importance. Les accidents cutanés, œdème, urticaire, d'ordre anaphylactique, sont très rares.

C. — *Constatations biologiques relatives au traitement insulinien.*

L'action de l'insuline étant élective dans le diabète, qui réalise le trouble le plus caractérisé du métabolisme des glucides, nous avons tout naturellement été amenés à rechercher dans l'étude de la glycémie un témoignage de l'action clinique de l'insuline. Nous remercions tout particulièrement MM. Perrin et Linard, internes en pharmacie, qui ont bien voulu pratiquer chez un certain nombre de nos malades des dosages du sucre sanguin. S'il ne nous est pas possible d'affirmer un parallélisme absolu entre l'action clinique de l'insuline et les variations de la glycémie qu'elle entraîne, nous pouvons tout au moins mettre en évidence certaines règles générales.

I. — *Rapports entre le taux glycémique et l'action de l'insuline.*

Les dosages du sucre sanguin, pratiqués à jeun, avant toute thérapeutique insulinienne semblent montrer que l'insuline agit sensiblement mieux chez les sujets à glycémie élevée ou supérieure à la normale. Mais cette règle n'est pas absolue, et comporte des exceptions, ainsi qu'en témoigne le tableau suivant :

Glycémie à jeun en grammes par litre	Résultats cliniques du traitement insulinien
1,40	très bon
1,35	très bon
1,27	bon
1,23	médiocre
1,16	nul
1,14	bon
1,10	nul
1,05	assez bon
0,95	nul.

II. — *Rapports entre l'importance de l'hypoglycémie déterminée par l'insuline, et l'action de celle-ci.*

Nous avons déterminé l'hypoglycémie insulinienne de la manière suivante : première détermination le matin, le malade étant à jeun et au repos depuis la veille au soir ; puis injection sous-cutanée de 15 unités d'Iloglandol ; seconde détermination de la glycémie deux heures après l'injection d'Iloglandol.

Glycémie à jeun en grammes par litre	Glycémie deux heures après l'injection de 15 unités d'Iloglandol	Hypoglycémie absolue	Hypoglycémie relative, en pour cent de la glycémie initiale	Résultats du traitement
1,40	1,10	0,30	21 0/0	très bon
1,27	1,00	0,27	21 0/0	très bon
1,23	0,90	0,33	26 0/0	médiocre
1,16	1,15	0,01	1 0/0	nul
1,14	0,90	0,24	21 0/0	très bon
1,10	0,96	0,14	12 0/0	nul
1,05	0,68	0,37	35 0/0	très bon

Les chiffres relevés dans ces conditions semblent montrer que l'efficacité de l'insuline se voit plus particulièrement chez les sujets réagissant à cette dernière par une hypoglycémie importante, aussi bien absolue que relative, comme l'indique le tableau précédent.

Mais ce parallélisme entre l'efficacité de l'insuline et l'importance de l'hypoglycémie constatée au bout de deux heures n'est pas une règle absolue. En réalité, il faudrait déterminer de demi-heure en demi-heure les variations de la glycémie afin d'établir la courbe de l'hypoglycémie ainsi provoquée. C'est du moins ce qui ressort du travail que M. Linard a bien voulu faire récemment pour l'un de nos malades, celui qui fait l'objet de l'observation V : sa glycémie, après injection de 15 unités d'Iloglandol, passait par les chiffres suivants :

Avant	0 gr. 95 0/00
30 minutes après	0 gr. 86 »
60 minutes après	0 gr. 81 »
90 minutes après	0 gr. 87 »
120 minutes après	0 gr. 98 »

La courbe de ces variations est donc caractérisée par une descente rapide suivie d'un retour précoce au niveau initial, qui est même dépassé au bout de 2 heures.

III. — *Rapports entre l'action de l'insuline et l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée.*

Nous avons pratiqué chez quelques malades l'épreuve de l'hyperglycémie provoquée par l'ingestion de 20 grammes de glucose, selon la technique d'Achard, Ribot et Binet. Cette épreuve consiste à déterminer la glycémie d'abord à jeun, puis de 30 en 30 minutes après l'ingestion de glucose, ceci pendant une heure et demie. Cette épreuve, pratiquée chez un sujet normal montre que 30 minutes après l'ingestion du sucre, la glycémie s'est notablement élevée au-dessus de son taux initial ; mais elle retombe, ou presque, à son niveau initial 60 minutes après l'ingestion du sucre.

Chez un diabétique franc, la glycémie s'élève en général plus que chez le sujet normal après l'ingestion de glucose, mais, au lieu de

retomber au bout de 60 minutes, elle demeure élevée, et ne retombe pas toujours à son taux initial en 90 minutes.

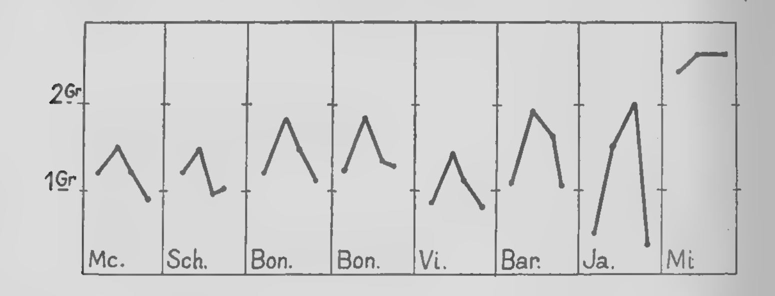
Chez des sujets qui ne sont pas cliniquement des diabétiques, en ce sens qu'ils ne sont pas glycosuriques et souvent ne sont pas hyperglycémiques, cette épreuve permet de déceler une insuffisance glycolytique latente, ou plus généralement un trouble du métabolisme des glucides, lorsque le sucre sanguin n'est pas retombé aux environs de son taux initial 60 minutes après l'ingestion des 20 grammes de glucose.

Malades	Glycémie en grammes par litre				Observations
	avant	30 minutes après	60 minutes après	90 minutes après	
Me . .	1,20	1,50	1,18	0,90	épreuve négative, malade non traité par l'insuline
Sch. . .	1,18	1,45	0,95	0,95	épreuve négative, malade amélioré vite par tous les traitements y compris l'insuline
Bon. . .	1,20	1,85	1,48	1,12	épreuve négative pratiquée deux fois à trois mois d'intervalle. Echec de l'insuline
	1,25	1,86	1,30	1,28	
Vi. . .	0,95	1,42	1,10	0,82	épreuve négative, échec de l'insuline
Bar. . .	1,15	1,90	1,68	1,03	épreuve positive. Malade très amélioré par l'insuline (obs. V) Cicatrisation arrêtée)
Ja. . .	0,50	1,55	2,05	0,40	épreuve positive, échec de l'insuline
Mi. .	2,40	2,59	2,62	2,64	sujet diabétique franc

On peut évidemment trouver toutes les formes de transition entre la courbe du sujet normal dessinant un triangle isocèle de hauteur variable, jusqu'à celle du diabétique qui se termine en plateau légèment descendant, en passant par celle de l'insuffisant glycolytique à aspect de trapèze.

L'un de nous a pratiqué cette épreuve, avec M. Morelon chez quelques malades : les taux glycémiques, déterminées par la méthode de Fontès et Thivolle sont collationnés dans le tableau ci-dessus :

Les chiffres ainsi obtenus sont schématisés par les courbes suivantes :



D. — *Ulcères de jambe et métabolisme des glucides.*

De toutes ces recherches, il semble résulter qu'il y a une certaine relation entre, d'une part, l'efficacité du traitement insulinien et, d'autre part, la manière dont s'effectue chez nos malades le métabolisme des hydrates de carbone, ce métabolisme ayant pour témoins dans chaque cas individuel le taux glycémique, l'hypoglycémie provoquée par l'insuline, ou plus exactement la courbe d'hypoglycémie provoquée, et enfin les résultats de l'hyperglycémie provoquée selon la technique d'Achard, Ribot et Binet.

Tout ceci n'est pas une règle absolue, et cette constatation nous éloigne de la conception trop simpliste, qui voudrait attribuer l'efficacité de l'insuline dans la cicatrisation des plaies à sa seule action sur la glycémie.

Cette action est certainement plus complexe : c'est ainsi que chez l'un de nos malades (observation V), la cicatrisation s'étant arrêtée

malgré la poursuite du traitement insulinien qui avait eu de très heureux résultats au début, seule l'ingestion de fortes doses de glucose a déclenché une reprise, du reste temporaire, de la cicatrisation.

Dans notre esprit, l'action de l'insuline a évidemment pour témoins l'abaissement de la glycémie, mais il faut rechercher la raison de son efficacité plus loin, dans son action générale sur le métabolisme des glucides, qu'elle régularise lorsqu'il est troublé : l'insuline agit plus particulièrement chez ceux de nos sujets qui avaient une glycémie élevée, chez ceux qui présentaient une hypoglycémie marquée après l'injection de 15 unités d'insuline, chez un d'entre eux dont l'épreuve d'hyperglycémie provoquée était très nettement anormale. Toutes ces déterminations témoignent d'un trouble du métabolisme des glucides, trouble qui paraît être le facteur pathogénique essentiel de certains ulcères, le facteur adjuvant de certains autres.

L'insuline — nous reviendrons ultérieurement sur ce point — nous paraît donc être une thérapeutique d'ordre spécifique, nous voulons dire un traitement pathogénique de certains ulcères de jambe.

Aussi sommes-nous très étonnés de lire un article récent de M. Daïmow, dans lequel celui-ci semble nier toute action générale de l'insuline sur la cicatrisation des ulcères variqueux par son action sur le métabolisme des hydrates de carbone. Cet auteur — qui ne paraît pas avoir eu connaissance de notre premier travail publié à la Société médicale des hôpitaux de Lyon (*in Lyon Médical*, 16 février 1930) — accorde par contre soit à l'acidité des solutions, soit à la lactose adjointe à la poudre d'insuline, toutes les vertus cicatrisantes que l'on attribue communément à l'insuline elle-même.

Nous estimons que cette opinion de M. Daïmow n'est guère soutenable : les progrès de la cicatrisation sont obtenus chez nos sujets par l'injection d'insuline sous-cutanée ou intramusculaire, ce qui élimine l'action locale et prouve que l'insuline agit par son action générale sur l'organisme.

Un autre fait vient renforcer notre opinion que l'insuline agit en réglant le métabolisme troublé des hydrates de carbone. L'un de nous, avec M. Roger Cade, a en effet montré que l'insuline est incapable d'activer la cicatrisation de plaies réalisées expérimenta-

lement chez le rat blanc normal. Ceci montre bien que l'insuline, en tant qu'agent trophique, n'agit que dans certains cas, ceux mêmes où la trophicité est troublée par une dysharmonie du métabolisme des glucides sur lequel elle possède une action tout à fait élective.

E. — *Autres thérapeutiques récentes des ulcères de jambe.*

Avant de discuter les indications du traitement insulinien des ulcères de jambe, nous passerons rapidement en revue quelques-uns des procédés thérapeutiques nouveaux que nous avons utilisés : acétylcholine, diathermie, sympathectomie.

L'*acétylcholine*, particulièrement étudiée ces dernières années par MM. Villaret et Justin Bezançon, possède un pouvoir vasodilatateur considérable ; elle est utilisée avec de bons résultats dans diverses affections.

Daïmow indique comme résultats obtenus à Genève à la clinique du Pr Du Bois, 17 guérisons sur 18 cas traités. Nous avons personnellement utilisé l'acétylcholine chez certains malades, mais nous n'avons pas eu les mêmes succès, et nous estimons que, globalement, elle agit beaucoup moins bien que l'insuline. Nous ne voyons, du reste, pas très bien a quel mécanisme pathogénique s'attaque l'acétylcholine, car les scléroses et les oblitérations vasculaires, altérations fixées et organiques, ne peuvent pas être influencées par ce produit, agent vaso-dilatateur, peu capable, semble-t-il, d'agir sur des vaisseaux rigides et imperméables et qui ne présentent pas de spasme.

La *diathermie* a été employée par nous pour traiter divers ulcères. Comme l'acétylcholine, elle entraîne une vaso-dilatation considérable, mais ne peut exercer son action que sur des vaisseaux dont la paroi n'est point altérée organiquement. C'est un agent physique de vasodilatation, dont les effets sont identiques à ceux de l'acétylcholine, vaso-dilatateur chimique.

Dans l'ensemble, les résultats que nous avons obtenus par la diathermie ont été très inconstants, et ce n'est que très rarement qu'elle nous a permis de faire cicatriser complètement un ulcère de jambe.

La *sympathectomie*. Cette intervention entraîne la vaso-dilatation

et une hypérémie des tissus, une leucocytose marquée au niveau des plaies ainsi que leur stérilisation rapide (R. Leriche et R. Fontaine). En dehors de l'expérimentation, la sympathectomie rend parfois des services précieux, et ferme des ulcères rebelles, mais, au bout de six mois, il n'y a plus que 30 o/o de bons résultats.

Un point intéressant mis en évidence par MM. Fontaine et Jung est le fait que la sympathectomie maintient le PH des plaies à la limite de la neutralité et de l'acidité, ce qui est la condition la plus favorable pour la cicatrisation des plaies ouvertes expérimentales, alors que les plaies ouvertes infectées ont un PH plus bas, plus acide, et guérissent moins bien.

Par contre, Girgoloff, étudiant les plaies fraîchement suturées, montre que leur PH, de suite notablement abaissé, remonte peu à peu à la normale dans les jours suivants. Mais la question se pose de savoir « si ces modifications du PH sont la cause ou la conséquence des phénomènes biologiques qui assurent la guérison plus « rapide d'une plaie ouverte à la suite d'une sympathectomie. » (Fontaine et Jung).

Nous avons tenu à rapprocher ces actions chimiques — encore hypothétiques il est vrai — de la sympathectomie, de l'action de l'insuline, pensant qu'il serait intéressant de chercher si l'insuline et la sympathectomie n'agiraient pas de façon identique sur les tissus.

F. — *Quelle est la véritable place de l'insuline dans la thérapeutique des ulcères de jambe.*

Ainsi que nous l'écrivions au début de cet article, nous sommes persuadés que l'insuline n'est pas bonne à tout faire, et, qu'en l'employant à tort et à travers, on risque de faire tomber dans le discrédit un procédé thérapeutique qui reste précieux si l'on ne veut pas lui demander plus qu'il ne peut donner.

L'insuline semble n'agir que chez certains sujets. Les déterminations chimiques faites chez nos malades et confrontées avec le résultat clinique du traitement insulinien nous montrent, en effet, qu'elle est surtout efficace chez les sujets qui présentent une hypoglycémie provoquée importante, et un trouble de l'utilisation des hydrates

de carbone, mis en évidence par l'épreuve d'Achard, Ribot et Binet.

Il nous paraît donc légitime d'admettre que l'insuline agit électivement sur les ulcères survenant sur un terrain spécial, mais nous ne nous croyons pas autorisés à ranger ces sujets ni parmi les diabétiques frustes, ni parmi les diabétiques latents.

Ceci nous amène à poser la question de l'étiologie des ulcères de jambe. Il est vraisemblable que la plupart relèvent d'une étiologie unique et sont, à ce titre, justiciables d'une thérapeutique déterminée, thérapeutique spécifique au vrai sens du mot, et suffisante pour assurer à elle seule la cicatrisation de l'ulcère, si les lésions n'en sont point irrémédiables.

C'est ainsi que le traitement anti-syphilitique est susceptible, ainsi que l'a montré le professeur Favre, de faire merveille dans ces ulcères avec dermite pigmentée et purpurique et lésions ostéo-périostées que l'on voit chez les syphilitiques.

C'est ainsi que la saphénectomie et la méthode phlébo-sclérosante pourrait assurer la cicatrisation et même la guérison de certains ulcères survenus chez des sujets porteurs de grosses varices et à circulation veineuse déficiente.

De même, l'insuline pourra suffire à guérir un ulcère de jambe chez un sujet diabétique ou chez un malade présentant un trouble léger du métabolisme des hydrates de carbone.

Mais nous croyons qu'il existe également des cas complexes où des étiologies multiples viennent s'intriquer pour créer l'ulcère de jambe et pour empêcher sa guérison malgré les différentes thérapeutiques étiologiques isolées, utilisées successivement contre lui. Une observation typique d'un tel cas est celle du malade IV (syphilitique certain et porteur d'un ulcère de jambe) chez lequel le traitement antisyphilitique n'ayant eu aucune action et le traitement insulinien une action incomplète, on n'obtint la cicatrisation définitive que par l'association des deux traitements insulinien et antisyphilitique pratiqués simultanément.

Une question doit enfin être posée, sans que nous puissions la résoudre entièrement : pourquoi l'insuline cesse-t-elle souvent d'agir chez ces malades ? Nous pouvons rapprocher ce fait de ce qui se passe chez les diabétiques : l'insuline, longtemps prolongée, voit son action s'émousser à la longue. S'agit-il là d'une accoutu-

mance de l'organisme, d'une intolérance, d'une action de l'insuline dont l'administration trop prolongée finit par retentir sur les autres glandes endocrines pour modifier le terrain endocrinien du sujet ? Nous ne pouvons rien affirmer. Toujours est-il que, chez les diabétiques, l'insuline cesse d'agir alors que le diabète persiste toujours. Nous invoquons cette explication pour rendre compte, chez notre malade de l'observation V, des résultats remarquables obtenus d'abord par l'insuline, puis de l'arrêt d'efficacité de cette dernière, alors que la courbe d'hyperglycémie provoquée montrait encore une utilisation défectueuse des glucides.

Conclusions.

Parmi les divers traitements d'ordre physique ou chimique préconisés contre les ulcères de jambe, nous estimons que l'insuline mérite d'occuper une place qui n'est pas à négliger.

La technique que nous avons suivie et à laquelle nous nous sommes ralliés comme nous paraissant la meilleure, consiste à pratiquer chez les malades des injections sous-cutanées quotidiennes de 15 unités d'insuline. Le traitement, dans les cas où il se montre efficace, doit être poursuivi jusqu'à cicatrisation complète, et même un peu au delà. Il y a parfois une utilité évidente à l'associer à l'absorption de sucre « per os ». L'opportunité d'un traitement d'entretien nous paraît devoir être sérieusement envisagée pour éviter les récidives.

Nos recherches chimiques laissent supposer que l'insuline trouve son maximum d'efficacité dans les cas où il existe un trouble accusé dans le métabolisme des glucides. Toutefois certaines de nos observations laissent supposer que la question ne peut être ramenée à une formule aussi simpliste. Il est bien certain que l'addition d'un autre facteur étiologique au trouble du métabolisme des hydrates de carbone peut expliquer l'insuccès de l'insuline employée isolément, et justifie l'association, à l'insulinothérapie, d'une autre thérapeutique spécifique.

D'autre part il nous a paru évident que dans certains cas où l'insuline paraissait indiquée en raison des déterminations chimiques, son action d'abord nette s'épuisait par la suite comme le fait a été constaté chez les diabétiques. Le problème est donc des plus

complexes et comporte de nombreuses inconnues qui appellent de nouvelles recherches.

Etant donné les considérations précédentes, nous éliminerons des indications de l'insulinothérapie les ulcères de jambe qui se réclament d'un traitement étiologique déterminé (traitement antisyphilitique des ulcères chez les syphilitiques ; méthode phlébo-sclérosante chez les ulcéreux porteurs de varices, etc...).

Par contre, nous croyons l'insulinothérapie indiquée, soit seule dans les cas où aucune étiologie précise ne peut être relevée, soit associée comme méthode adjuvante à l'une des médications précédentes lorsque celle-ci, bien que justifiée par les renseignements étiologiques, ne donne pas les résultats escomptés.

Ainsi comprise dans ses indications, l'insulinothérapie telle que nous l'avons utilisée constitue entre les mains du médecin une arme précieuse pour la cicatrisation de certains ulcères de jambe.

Bibliographie.

Adlesberg et Perutz. — Beeinflüssung der Regenerations fæhigkeit der Haut durch lokale Applikation von Insulin. *Klin. Wochenschr.*, 1927 n° 3, p. 109.

Ambard et Schmidt. — De certains effets trophiques de l'insuline chez les sujets non diabétiques. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1925, I, p. 904.

Bardou et Mathey-Carnot. — Sympathectomie et ulcères variqueux. *Lyon chirurgical*, 1925, t. XX, pp. 694-734.

Ph. Barral et R. Cade. — Plaies expérimentales et insuline. *C. R. Société de Biologie*, t. CIII, p. 249.

Ph. Barral et F. Morelon. — L'épreuve d'hyperglycémie provoquée chez les sujets non glycosuriques traités par l'insuline. *Congrès Français de Médecine*, Liège, 1930.

Barthelemy. — Traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée. *Réunion dermatologique de Nancy*, 1924, p. 25.

Chabanier, Lumière et Lebert. — De l'application de l'insuline en application locale dans le cas de plaies atones, chez les diabétiques et les non-diabétiques. *Bulletin Acad. Médecine*, 1925, t. XCIV, pp 782-784.

Daïmow. — Traitement des ulcères variqueux par l'eau sucrée. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mars 1930.

Faure Beaulieu et Lacroix. — L'insuline et le traitement des ulcères de jambe. *Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1925, I, p. 892.

Favre, Contamin et Martine. — La dermite pigmentée et purpurique et les phlébites chroniques syphilitiques des membres inférieurs. *Lyon Médical*, 3 février 1930.

R. Fontaine et A. Jung. — Les modifications du pH des plaies expérimentales sous l'influence des opérations sympathiques. *Presse Médicale*, 1928, p. 1079.

J. Gaté et Ph. Barral. — Remarques sur le traitement des ulcères de jambe par l'insuline ; à propos de dix-neuf cas. *Lyon Médical*, 16 février 1930.

J. Gaté et Ph. Barral. — A propos de l'insulinothérapie dans les ulcères de jambe. Constatations biologiques et considérations pathogéniques. *XXIe Congrès français de Médecine*, Liège, 1930.

Girgolaff. — Ueber locale Acidoze der *per primam* heilende Wunden. *Zentralblatt für Chir.*, t. LI, n° 42, 18 octobre 1924.

R. Leriche et R. Fontaine. — Des causes de la chronicité des ulcères de jambe et sur une méthode générale de traitement. *C. R. Réunion Dermatologique de Strasbourg*, 1926, p. 278.

R. Leriche et R. Fontaine. — De la stérilisation des plaies infectées et des ulcérations chroniques par la sympathectomie péri-artérielle. *Bull. et Mém. de la Soc. de Chirurgie*, 28 avril, p. 471.

R. Leriche et R. Fontaine. — De l'influence des opérations sympathiques sur la leucocytose. *Presse Médicale*, 4 septembre 1926.

Nathan et Munk. — Ueber den Einfluss lokaler Insulinbehandlung auf Ulcerationen, zugleich ein Beitrag zur Kenntniss lokaler Saeurewirkungen. *Klin. Wochschr.*, 1927, n° 37, p. 1747.

Neumarck. — Le traitement insulinien de quelques dermatoses. *Dermatologische Wochenschr.*, n° 16, 21 avril 1928.

Pautrier, Ambard, Schmidt et Salmon. — Ulcères de jambe chez une glycémique traitée par l'insuline. *C. R. Réunion dermatologique de Strasbourg*, 1924, p. 141.

Pautrier, Ambard, Schmidt et Lévy. — Ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une hyperglycémique sans glycosurie, et ulcère de jambe guéri par l'insuline chez une malade à glycémie normale. *Ibid.*, 1925, page 52 et page 55 : remarques à propos de la communication précédente, par Ambard et Schmidt.

Pautrier, Ambard, Schmidt et Lévy. — Ulcération atone guérie par l'insuline chez une malade à glycémie normale. *Ibid.*, 1925, p. 73.

Pautrier, Schmidt et Robert. — Guérison d'un ulcère de jambe chez une malade à glycémie normale par le pansement local à l'insuline en poudre. *Ibid.*, 1925, p. 132.

Pautrier, Schmidt et Mlle Ullmo. — Ulcères de jambe chez des malades non glycémiques, guéris par l'insuline employée en pommade. *Ibid.*, 1926, p. 544.

Pautrier et Mlle Ullmo. — Ulcères de jambe datant de 14 ans, guéris en 20 jours par la pommade à l'insuline. *Ibid.*, 1926, p. 306.

Villaret et Justin Bezançon. — *Presse Médicale*, 12 mai 1928, 30 mai 1928.

APPLICATIONS INDIRECTES DE RAYONS X DANS LE TRAITEMENT DE LA PELADE DÉCALVANTE (1)

Par le docteur GIOVANNI TRUFFI
Libero Docente
(Clinique Dermosiphilopathique de la R. Université de Padoue).
Directeur : Professeur Mario Truffi.

Claude Bernard, en 1853, avait expérimentalement démontré que la résection du tronc du sympathique cervical, détermine, dans le côté correspondant de la tête, de la vaso-dilatation et de l'élévation de la température locale, faits qui peuvent persister pendant 15 à 18 jours ; seulement si l'on vient à exciter électriquement le bout périphérique du nerf sectionné, on reproduit instantanément et temporairement la vaso-constriction. Les conséquences physiologiques expérimentales qu'ont fait apparaître l'expérience de Cl. Bernard, ont ouvert un champ nouveau d'études et d'applications.

En effet, en 1883 Alexander, partant de l'idée que l'épilepsie pouvait être causée par un état d'anémie cérébrale, intervint, pour la première fois, sur le sympathique cervical. Plus tard, Jaboulay employa cette méthode comme traitement de la maladie de Basedow. Mais je n'ai pas l'intention d'énumérer de manière complète, toutes les références, tous les travaux et toutes les expériences sur la résection du sympathique du cou chez l'homme et chez l'animal.

Au contraire, je me limiterai à résumer les données principales qui résultent des expériences, en disant aussitôt que tous les auteurs ne sont pas d'accord dans leurs conclusions.

Que la sympathectomie cervicale soit suivie d'une forte vasodilatation de la moitié correspondante de la tête, visible particulière-

(1) Traduit de l'Italien par le docteur Belgodère, membre correspondant de la Société italienne de dermatologie et de syphiligraphie.

ment à l'oreille c'est là un fait qui est attesté et admis par la presque totalité des chercheurs. Outre ce phénomène immédiat, il fut constaté que, sous l'influence de la résection du sympathique du cou, ou du ganglion cervical supérieur, on obtient une guérison plus rapide des blessures, même profondes et des processus inflammatoires, soit spontanés, soit provoqués, par comparaison avec ce qui advient du côté non opéré (Snellen, Weber, Sinitzin, Danilewski, Liek, Leriche, Unger, Ducceschi, etc...).

Et l'action régénératrice, qui, selon Bruning, peut être rapportée à la suspension de l'action de contrôle exercée par le sympathique sur les processus de multiplication cellulaire est telle parfois que, particulièrement si on opère sur des animaux jeunes, elle produit une forte augmentation de volume de tout le pavillon de l'oreille, par comparaison avec le côté sain (Pye-Smith, Stirlin, Lick, etc...).

Naturellement, cette stimulation régénératrice qui est consécutive à la résection du sympathique cervical, s'exerce également aux dépens de la matrice des poils. Et c'est précisément cette action qui, pour l'instant m'intéresse le plus.

Pye Smith en effet, comparant et contrôlant la croissance du poil sur les deux oreilles d'un lapin sympathectómisé d'un seul côté, remarqua que, du côté ou avait été faite la résection du sympathique, apparaissait tout d'abord une hypérémie accentuée, et par la suite se manifestait une plus forte et plus rapide croissance du poil.

Saafeld également, rasant d'abord les poils avec un dépilatoire, puis réséquant un fragment du tronc sympathique cervical, observa sur l'oreille du lapin un accroissement de poil plus rapide et plus forte du côté qui était devenu hypérémique par la dilatation vasculaire due à la paralysie sympathique. Des résultats analogues furent obtenus aussi par Schiff, Stirlin, Bidder, Ogle et Weber.

Sur ces données, il était logique de penser que, chez l'homme aussi, la même influence sur le poil devait être obtenue toutes les fois que l'on pourrait réussir à déterminer une suspension de l'action du sympathique.

De mon côté, vu la conviction qui s'était formée dans mon esprit d'après des expériences probantes, que l'action des rayons X spinaux s'exerçait à travers la paralysie du sympathique, il apparaissait logique de tenter les applications de rayons X sur le tronc spi-

nal cervical, dans ces affections, à fondement probablement endocrino-sympathique, dans lesquelles il y a une inhibition de la croissance du poil.

Cette tentative m'apparaissait intéressante à un double point de vue : 1° point de vue pratique, de trouver une nouvelle méthode thérapeutique pour quelques cas d'alopécie ; 2° point de vue théorique, de réussir à confirmer par de nouvelles données l'hypothèse que j'avais formulée déjà, de l'action des applications spinales de Rœntgen s'exerçant sur le sympathique et plus précisément sur le trajet de la portion irradiée les effets thérapeutiques et les phénomènes bien connus se vérifiant principalement dans les territoires somatiques correspondant métamériquement aux segments irradiés.

Je me suis borné à traiter des cas de *pelade décalvante* datant de longtemps et rebelles à toutes les thérapeutiques, attendu que, dans les alopécies en aires communes, un jugement basé sur la repousse du poil aurait pu être aléatoire.

La technique employée a été la suivante :

Irradiations du trajet cervical, avec des applications inclinées en V, bilatérales, de manière à comprendre tout l'espace latéro-cervical ; rayons filtrés avec 3-5 millimètres d'aluminium, doses par séance équivalentes à 20-30 o/o D. E., séances espacées d'environ un mois l'une de l'autre.

Les cas traités sont les suivants :

Cas I. — V. S..., âgée de 16 ans. Jeune fille normale et bien conformée, avec anamnèse familiale et personnelle parfaitement normales. Il y a cinq ans, a débuté une pelade à plaques multiples. Avec des alternatives, l'affection a été en s'étendant, jusqu'à aboutir à la chute complète de tous les cheveux, qui persiste depuis deux ans, insensible aux moyens thérapeutiques communs. La malade se présente à la clinique le 5 juin 1929, avec une alopécie décalvante. Bordet-Wassermann négatif. Aucune lésion particulière appréciable aux dépens des autres organes et appareils. Réglée régulièrement depuis deux ans. Elle est soumise au traitement Rœntgenthérapique sans association d'autres moyens thérapeutiques.

Au bout d'un mois, on observe la première ébauche de repousse des poils sous la forme d'un fin duvet. On pratique une seconde application de rayons X selon les doses et les modalités habituelles. Le 28 août 1929, on observe que les cheveux sont en train de repousser, normaux et pigmentés sur presque tout le cuir chevelu, sauf quelques aires encore

recouvertes de duvet. On répète l'application une troisième fois. Le 30 septembre 1929, le cuir chevelu est complètement recouvert : les cheveux ont l'aspect normal, sauf dans quelques zones antérieures, où ils se présentent plus clairsemés et moins pigmentés. L'accroissement et l'augmentation de longueur des poils continuent régulièrement, si bien que, le 20 avril 1930, la chevelure du malade est redevenue normale.

Depuis la troisième application de rayons X, elle n'a plus fait aucun traitement, ni local, ni général. Le 10 août 1930, elle se représente à la visite avec deux petites plaques alopéciques au niveau de la limite postérieure du cuir chevelu. Le 20 octobre 1930, légère augmentation des plaques. On la laisse sans traitement pour une complète observation.

Cas II. — T. L..., 29 ans. Marié, trois enfants normaux ; aucune remarque anamnestique particulière : pas de syphilis, pas d'anomalie structurale. Depuis deux ans, a commencé la chute des poils, qui rapidement (en 8 jours au dire du malade) se généralisa sans aucune cause appréciable. Deux mois après, chute des sourcils, des cils et des poils de la barbe. Aux aisselles et au pubis, persistance des poils, comme à l'état normal.

L'alopécie se montra rebelle à tous les moyens thérapeutiques.

Il se présente à la clinique le 12 juillet 1929.

Pelade décalvante, avec alopécie ciliaire, sourcilière et de la barbe. On irradie le même jour, pour la première fois, avec les modalités déjà décrites. Le malade accuse pendant trois jours de la céphalée et des vertiges. Le 23 août 1929, la repousse des poils commence sur presque tout le cuir chevelu, sous forme de duvet. Le même jour, seconde application. Le 2 octobre 1929, renaissance sur la presque totalité du cuir chevelu, des poils, qui ont atteint la longueur de 2 centimètres et demi, poils pigmentés et normaux, sauf sur quelques plaques où ils sont apigmentés.

Aucune repousse appréciable sur les régions ciliaires, sourcilières et de la barbe. Le 7 août 1930, la repousse des cheveux se poursuit normalement, alors qu'elle n'est pas appréciable sur les régions de la barbe et des sourcils. Ce n'est que dans les régions les plus élevées de la barbe à la limite avec les cheveux, qu'il y a réapparition de quelques poils d'ailleurs rares. On n'a plus fait aucun traitement, ni local, ni général.

Cas III. — P. V..., 30 ans, non luétique. Rien de spécial à signaler, soit au point de vue des anamnestiques, soit au point de vue somatique. Il y a quatre ans, a commencé la chute des cheveux, qui s'est complétée dans l'espace de six mois, aboutissant à une alopécie totale. Dans les deux dernières années, s'est produite la chute des poils des régions ciliaires et sourcilières, de la barbe, des aisselles et du pubis.

Il se présente à la clinique le 3 août 1929 : *pelade décalvante*, avec

alopécie presque totale de la barbe et des sourcils ; les régions axillaires et du pubis sont presque glabres. On irradie le même jour, pour la première fois, avec les modalités habituelles ; le soir de l'irradiation, sensation de chaleur à la tête et vertiges, qui disparaissent le jour suivant. Le 5 septembre 1929, commence l'apparition du duvet sur presque tout le cuir chevelu ; on répète l'irradiation une seconde fois. Le 9 octobre 1929, les cheveux pointent désormais de toutes parts et sont en voie de devenir normaux et pigmentés sur tout le cuir chevelu. Par contre, aucune ébauche de repousse dans les autres districts alopéciques. Troisième application. Le 29 novembre 1929, il revient à la consultation. Le cuir chevelu s'est recouvert entièrement de poils qui continuent à se développer normalement. Il n'a pas fait d'autre traitement. La repousse persiste normale jusqu'au 26 juin 1930. Le 28 juillet 1930, reparaissent quelques petites zones alopéciques localisées à la périphérie de la tête : le malade est mis en observation sans autre traitement. Les poils des autres régions n'ont jamais montré aucune ébauche de repousse.

Cas IV. — R. G..., 33 ans. Rien de spécial à signaler dans l'anamnèse. Conditions somatiques régulières. Depuis cinq ans, il présente une alopécie du cuir chevelu, presque totale, rebelle à tous les moyens thérapeutiques communs et variés.

Il vient à la visite le 5 février 1930. *Pelade décalvante.* Il ne persiste que quelques touffes de poils dépigmentés sur la région fronto-pariétale droite. On irradie la première fois sans apparition d'aucun phénomène subjectif ; le 4 mars, on constate aucune repousse des poils sur le cuir chevelu ; on irradie une seconde fois ; le 8 avril 1930, la repousse commence sous forme de duvet sur de larges zones, mais non d'une manière diffuse ; le 10 mai 1930, repousse des cheveux sur tout le cuir chevelu, seulement, dans quelques zones, ils restent apigmentés. Le 21 juin 1930, la repousse normale des cheveux se poursuit. Le 30 juillet 1930, la repousse est complète : seulement dans deux zones latérales il y a encore des aires de cheveux non pigmentés. Il n'est fait du reste aucun autre traitement.

Cas V. — L. J..., 26 ans, femme luétique, intensément soignée dans les années passées, actuellement hospitalisée à la clinique pour manifestations blennorragiques. Les règles sont supprimées depuis six ans à la suite de l'ablation chirurgicale de l'utérus et des annexes.

Depuis l'année dernière, janvier 1929, a commencé la chute des cheveux sous la forme en aires de Celse. La chute se généralisa rapidement jusqu'à aboutir à une complète déglabration du cuir chevelu. Elle fut soignée d'une manière intense et prolongée avec des médicaments spécifiques antiluétiques et avec des traitements locaux sur le cuir chevelu, sans obtenir la moindre trace de repousse des cheveux. Dans les autres régions, les poils ont toujours été présents et normaux. Le 5 mars 1930, elle est irradiée une première fois, sans apparition d'aucun phénomène

subjectif. Le 20 mars 1930, aucune tendance à la repousse des poils ; on répète pour la seconde fois l'irradiation cervicale. Le 25 mars 1930, le cuir chevelu se recouvre en grande partie de poils lanugineux, seulement quelques zones antérieures et postérieures ne montrent que des très rares follicules pourvus de poils. Le 6 avril 1930, on répète la troisième irradiation ; par la suite, les cheveux ont été en s'accroissant régulièrement d'une manière continue et progressive ; quelques plaques seulement montrent un réveil moins manifeste et contrastant avec le reste du cuir chevelu. Pour cette raison, le 9 juin 1930, on pratique une nouvelle irradiation. Le 30 août 1930, le cuir chevelu est presque totalement recouvert de poils d'aspect normal ; leur développement se poursuit régulièrement. La patiente n'a été soumise à aucun autre traitement, ni local, ni général.

Cas VI. — M. G..., 30 ans, homme de structure normale, sans antécédents, non luétique. Depuis six ans, a commencé une alopécie en aires à plaques multiples et nombreuses. L'affection a manifesté une évolution ondulante. Depuis deux ans, l'alopécie du cuir chevelu est presque complète. Le 30 août 1930, il se présente à la clinique, où on constate une *pelade décalvante* avec persistance de rares poils seulement dans les zones périphériques antérieures et latérale gauche. Il est irradié pour la première fois avec les modalités habituelles, sans apparition de phénomènes subjectifs. Le 25 septembre 1930, il ne présente aucune renaissance des poils et on l'irradie pour la seconde fois. Le 26 septembre 1930, commence la repousse sous forme de duvet. On pratique la troisième application. Le 25 octobre 1930, la repousse continue d'une manière régulière, si bien que le cuir chevelu est presque totalement recouvert de poils qui prennent graduellement un aspect normal. Dans les autres régions, les poils étaient présents et n'ont encore montré aucune modification dans leur croissance. Le malade est encore en observation. Il ne pratique et n'a pratiqué aucun autre traitement.

Cas VIII. — M. N..., 35 ans, non luétique ; aucune tare héréditaire ; aucune altération somatique ni maladie digne de mention. Il y a quatre ans, a commencé la chute des cheveux sous l'aspect en « aires de Celse » qui aboutit, dans une brève période de temps, à la complète déglabration du cuir chevelu.

L'alopécie se montra rebelle à toute espèce de traitement. Le malade se présente à la visite le 15 janvier 1930. On irradie dans les conditions habituelles. Aucune sensation subjective après l'irradiation. Le 7 février 1930, on constate la renaissance d'un très fin duvet. On irradie une seconde fois. La malade ne revient qu'en juin 1930. On constate que la repousse des poils n'a pas poursuivi son développement.

Cas VIII. — F. L..., 31 ans, aucune maladie spéciale et aucune remarque anamnestique et somatique. Depuis huit ans, il présente une

alopécie totale du cuir chevelu et des sourcils. Sur toutes les autres régions, les poils sont conservés. On pratique deux irradiations, une le 15 mai 1930, l'autre le 8 juin 1930, sans aucun résultat apparent. La malade se dérobe à notre observation.

En conclusion, des huit cas traités, six ont répondu nettement d'une manière positive par la repousse totale des cheveux, qui commence en général dans l'espace de un mois à un mois et demi, et se complète après le deuxième mois. Deux cas n'ont pas eu d'issue favorable.

D'avoir observé cet échec dans les deux derniers cas soumis au traitement nous démontre de suite que la méthode ne peut pas convenir à tous les cas. Ceci cependant n'infirme pas *a priori* l'efficacité de la méthode, attendu que nous savons bien que des faits analogues s'observent pour la sympathectomie.

Liek et d'autres disent en effet que l'intensité de l'hypérémie et des phénomènes de régénération et de réaction sont liés d'une manière directe même quantitativement, à la vaso-dilatation, laquelle dans certains cas, bien que l'on conserve les mêmes modalités techniques et expérimentales ne se produit pas ou se produit faiblement, ce qui entraîne pour conséquence l'absence de tout ou partie des phénomènes qui en résultent.

D'autre part, les deux cas ci-dessus mentionnés ont reçu respectivement seulement deux applications de rayons X, dose qui peut avoir été insuffisante pour atteindre des résultats thérapeutiques, quoique, dans mes autres cas, le début de la repousse des cheveux ait été évident dans des conditions semblables et dans les mêmes limites de temps. D'une manière générale, il pourrait se faire aussi que, dans certaines formes de *pelade décalvante*, il soit nécessaire de faire des applications plus nombreuses que celles dont j'ai usé habituellement.

L'exclusion volontaire de toutes les formes d'alopécie qui n'étaient pas totalement décalvantes et datant de longtemps, et rebelles depuis des années aux moyens thérapeutiques communs, a naturellement limité la statistique dont j'ai pu me servir.

Je ne désire pas pour le moment tirer des conclusions définitives. Je veux seulement, en me basant sur les premiers résultats encourageants que j'ai obtenus, proposer cette méthode, afin qu'elle puisse être contrôlée par une plus ample expérience et pour que son efficacité thérapeutique soit éventuellement sanctionnée.

Il conviendra également d'étudier si, en outre des affections à base neurotrophique, cette méthode ne pourrait pas être employée avec profit dans certaines affections à substratum inflammatoire.

Cette série d'expériences, de même que celles qui ont été publiées antérieurement par moi et par d'autres auteurs, me permettent quelques considérations :

En premier lieu, que les rayons Rœntgen appliqués sur le trajet cervical exercent probablement des actions analogues à la sympathectomie pratiquée sur le même territoire, c'est-à-dire qu'ils provoquent une vaso-dilatation et stimulent les processus de régénération.

D'où cette conséquence que les rayons Rœntgen doivent développer une action suspensive paralysante sur les fibres et sur les centres sympathiques régionaux, pour pouvoir arriver à donner les mêmes effets que la sympathectomie.

En outre, on peut soutenir, aujourd'hui plus qu'hier, que cette action suspensive des rayons X est principalement locale, c'est-à-dire qu'elle s'exerce surtout sur les métamères cutanés correspondant aux métamères nerveux soumis à l'irradiation.

En effet, analoguement à ce qui advient après la sympathectomie, où des phénomènes vaso-paralytiques et régénérateurs restent nettement localisés au côté opéré, comme conséquence des irradiations (bien que quelques effets ne puissent pas être aussi nettement circonscrits que dans la sympathectomie), les poils de la tête repoussent seuls, tandis que ceux des autres régions ne subissent aucune modification (voir l'exemple des cas II et III).

Cela signifie alors que, malgré la persistance de la cause alopéciante, l'irradiation Rœntgen a favorisé la repousse du poil seulement dans la région correspondante au territoire d'innervation de la zone irradiée.

Ces données s'ajoutent aux autres que j'ai fournies précédemment, à l'appui de ma thèse et représentent des conditions nettement contraires à l'opinion de ceux qui veulent que, aussi bien l'irradiation que la sympathectomie exercent leur action à travers un mécanisme général, ou à travers des modifications fonctionnelles de tout le système sympathique.

(Le manuscrit de ce mémoire a été reçu par la Rédaction des *Annales* le 10 novembre 1930).

Littérature

ALEXANDER. — *The treatment of epilepsie*. Edimburgh, 1889.

C. BERNARD. — Recherches expérimentales sur le grand symphatique et spécialement sur l'influence que la section du nerf exerce sur la chaleur animale. *C. R. Soc. de Biol.*, 1853.

BERTIS. — Le alopecie. Pisa. *Tipografia*, Cav. Masiotti, 1913.

BIDDER. — *Zentr. f. Chir.*, 1874, n° 7.

BRÜNING. — Eine neue Erklärung für die Entstehung u. Heilung tropischer Geschwüre nach Nervendurchtrennung. *Zentr. f. Ch.*, 1920, p. 1433.

DANILEWSCHI. — Zur frage über en Einfluss der aktiven Hyperæmie auf Entzündungspozesse. *Zentr. f. Chir.*, 1883, p. 214.

DUCCESCHI. — Système nerveux sympathique et tonus musculaire. *Arch. int. de Phys.*, t. XX, n° 3, 1922, p. 331.

KAPPIS. — Die Chirurgie des Sympathicus. *Erg. d. inn. Med. u. Kinderh.*, 1924, B. XXV, p. 562.

JABOULAY. — La régénération du goitre extirpé dans la maladie de Basedow et la section du sympathique cervical dans cette maladie. *Lyon méd.*, 1896, n° 12.

JABOULAY. — Le traitement du goitre exophtalmique par la section sympathique cervical. *Presse méd.*, 1898, n° 14.

LERICHE. — Des effets de la sympathectomie péricarotidienne interne chez l'homme. *Presse méd.*, 1920, n° 31.

LERICHE. — Guérison d'ulcères récidivants d'une cornée hypoesthésique par la sympathectomie péricarotidienne interne ; nature de la kératite neuro-paralytique. *Bull. Soc. de Chir.*, séance du 8 février 1922, p. 189.

LERICHE et HAOUR. — Du mode d'action de la sympathectomie périartérielle sur la réparation des tissus et la cicatrisation des plaies. *Presse méd.*, 19e année, n° 86, 1921, p. 856.

LERICHE et WERTHAIMER. — Etat actuel de la chirurgie du sympathique. *Le Journ. méd. franc.*, t. X, n° 6, 1921.

LIEK. — Ueber den Einfluss der arteriellen Hyperæmie auf die Regeneration. *Arch. f. Klin. Ch.*, Bd. LXVII, 1901, p. 229.

OGLE. — Remarks on changes in nutrition dependent on altered nerve influence. *Med. Time a. Gay.*, 1867.

PYE-SMITH. — Observation upon the persistent effects of division of the cervical sympathetic. *Journ. of Physiol.*, 1887, V, 8°, p. 25.

SAAFELD. — Ein Beitrag zur Lehre von der Bewegung u. der Innervation der Haare. *Arch. f. Physiol.*, 1901, p. 428.

SCHIFF. — Cité par Kappis.

SINITZIN. — Zur frage über den Einfluss des Nervus sympathicus auf das Gesichtsorgan. *Zentral. f. d. med. Wiss.*, 1871, p. 161.

SNELLEN. — Experimentelle Untersuchungen über Einfluss der Nerven auf den Entzündungsprozess. *Arch. f. hollœnd. Beitrage zur Natur. u. Heilk. v. Donders*, Berlin, Bd. I, 1858.

STIRLIN. — Cité par Liek.

TRUFFI G. — Le applicazioni spinali di raggi X nei lebbrosi e nei tabetici e il loro meccanismo d'azione. *Giorn. It.*, 1929, fasc. III.

Truffi G. — Comunicazione al Congresso dei Dermatologi delle tre Venezie. *Arch. It. Derm.*, 1930.
Unger. — *Med. Klinik.*, 1923, n⁰ 24, p. 846.
Weber. — Ueber den problematischen Einfluss des Nerven bei der Entstehung von Entzündungen u. über Gefæssnerven. *Verhandl. d. Naturhist. Ver. d. preuss. Rheinlande*, Bd. XXI.
Weber. — Ueber experimentelles. Asthma und die Innervation der Bronchialmusckeln. *Arch. f. Phys.*, 1914, p. 63.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en février 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La chrysothérapie de la syphilis, par F. Lebeuf et H. Mollard. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 2, février 1931, p. 81.

Les auteurs ont constaté l'action antisyphilitique manifeste des sels d'or employés à doses élevées ; le solganol B en injections intramusculaires leur a paru plus actif que la crisalbine en injections intraveineuses. Ils mettent en garde contre les accidents malheureusement fréquents de la chrysothérapie. L'emploi concomitant du glucose permet de les éviter. Cette médication est surtout intéressante dans la syphilis nerveuse et chez les syphilitiques à Wassermann irréductible.

H. Rabeau.

Interruption des lavages antiseptiques au cours de la blennorragie dans un but thérapeutique, par Matarasso. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 2, février 1931, p. 89.

Dans certaines conditions, l'interruption des lavages pendant 5 à 25 jours environ peut être plus utile que leur continuation. Voici ces cas :

1° Au début de la blennorragie antérieure ou totale lorsque l'essai d'application des lavages semble aggraver le cas.

2° Lorsque, au cours du traitement de la blennorragie antérieure, sans cause apparente s'installent des symptômes d'uréthrite postérieure.

3° A la période de déclin de la blennorragie lorsque malgré la ténacité du traitement, les gonocoques reparaissent dans la sécrétion dès qu'on interrompt les lavages.

4° Dans les uréthrites post-gonococciques dites chimiques. Dans ces cas la solution cytophylactique de Delbet a une action réparatrice remarquable.

H. Rabeau.

Sur un cas méconnu de rhumatisme gonococcique généralisé, par Claudel. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 2, février 1931, p. 101.

Malade de 56 ans présentant un rhumatisme généralisé depuis deux ans, avec alternatives d'amélioration et d'aggravation. L'examen du malade, dont l'état général est mauvais, révèle un écoulement uréthral.

Ce pus contient des gonocoques et des germes associés. Un auto-vaccin est fait ; on emploie en même temps les grands lavages uréthro-vésicaux ; de plus, on fait faire de l'héliothérapie, de la mobilisation et des massages. L'amélioration est très rapide et en quelques mois le malade est guéri. H. Rabeau.

Syphilis retardée, éclose après plus de deux ans, par R. Bernard et Callewaers. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, n° 2, février 1931, p. 104.

Observation d'un homme de 28 ans traité au 33e jour de l'inoculation, qui reçoit la première année 28 grammes de néosalvarsan en 4 séries, avec association bismuthique. Le chancre avait été cicatrisé dès la première séance. La seconde année, il reçoit 3 grammes de néosalvarsan, une série mercurielle, 5 piqûres de bismuth et 15 d'acétylarsan. Une mois après la fin du traitement, apparition d'une éruption à grands éléments, très confluents, très colorés, très nombreux. Pas de lésion muqueuse. Réactions sérologiques fortement positives.

H. Rabeau.

Abcès bismuthique tardif récidivant au bout de 28 mois, par Gougerot, Jean Weill et P. Salles. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, n° 2, février 1931, p. 109.

Deux ans après un premier et très gros abcès chaud dû à l'hydroxyde de bismuth, apparaît un nouvel abcès, presque froid et petit à la partie inférieure de la cicatrice du premier abcès, malgré qu'on n'ait pas réinjecté de bismuth à cet endroit. Cette récidive montre que l'on doit réserver le pronostic lointain d'un abcès bismuthique.

H. Rabeau.

Archives de l'Institut Prophylactique (Paris).

Utilisation de la ponction du ganglion satellite dans des cas d'accidents syphilitiques primitifs, par H. Chauchard et N. Rapoport. *Archives de l'Institut Prophylactique,* t. II. n° 4, octobre-décembre 1930, p. 389.

C'est en 1905, qu'Hoffmann et Schaudin d'abord, puis Thibierge, Ravaut et Lesourd en 1906, montrèrent l'utilité de ce mode de recherche du tréponème. Les auteurs ont examiné le chancre et le ganglion dans 65 cas. Dans 41, ils ont trouvé le tréponème dans le chancre et le ganglion. Dans 24 cas où la recherche avait été négative sur l'ulcération, elle a donné un résultat positif dans 14 cas par ponction du ganglion. Sur les 10 cas où la recherche a été négative dans le chancre et le ganglion, 4 cas appartenaient à des syphilis qui furent révélées par la surveillance sérologique.

La ponction du ganglion doit être faite lorsque le malade a traité sa lésion par des pommades, ou des antiseptiques, lorsque la recherche

du tréponème dans l'ulcération a été négative, ou enfin lorsqu'un phimosis ou paraphimosis empêche la recherche directe.

H. Rabeau.

Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Séro-diagnostic de la syphilis en activité par auto-antigène du sérum (R. S.), par Olinto Sciarra. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 1, janvier 1931, pp. 3 à 20, 3 fig.

Les sérums normaux d'individus sains présentent à l'ultra-microscope des granulations semblables et également mobiles. Les sérums spécialement inactivés des syphilitiques présentant une infection en activité, renferment au contraire des granulations inégales en grandeur et en mobilité, libres ou agglutinées en floculats réfringents. Ceux-ci sont en grande partie des agrégats d'antigènes et d'anticorps spécifiques dissociables par l'alcool éthylique, et susceptibles alors de réagir à nouveau en présence de complément.

Pour la réaction Sciarra, il faut de l'alcool éthylique absolu ou à 96° non hydraté, non anticomplémentaire et du complément. L'auteur donne trois tableaux de titrage du complément comme il doit être fait, c'est-à-dire en présence d'alcool.

On verse un peu d'alcool sur le sérum à étudier, on agite vivement avec des précautions spéciales et on ajoute du sérum physiologique ensuite sur le complément. La fixation se fait à l'étuve en trois quarts d'heure à une heure, ensuite globules rouges et hémolysines. Il est très important d'avoir un sérum négatif pour faire un contrôle.

On trouvera dans l'article, un tableau détaillé complet de la réaction pour le sang, pour le liquide rachidien, ainsi que les procédés de titrage syphilimétrique.

Suivent une série de commentaires sur le mécanisme de la réaction Sciarra qui paraît surtout attribuable au fait que l'antigène tiré d'un sérum syphilitique est 15 à 18 fois plus actif que l'antigène du sérum normal lequel est d'ailleurs beaucoup plus actif que l'antigène standard de cœur de bœuf. La filtration sur collodion qui retient les agrégats du sérum rend négative la réaction Sciarra dans les sérums positifs.

A noter que les syphilis malignes, graves, héréditaires, qui produisent très peu d'anticorps ont une réaction de Sciarra positive et une réaction de Wassermann négative.

La réaction Sciarra pourrait être appliquée au diagnostic de la tuberculose en employant l'alcool méthylique, à condition que la réaction Sciarra avec l'alcool éthylique soit négative.

A. Bocage.

Le traitement de l'angiome profond hypodermique (nævus cavernosus), par Dowling (G. B.). *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 1, janvier 1931, pp. 21-22.

L'auteur estime que le meilleur traitement de ce type d'angiome est l'injection sclérosante faite comme pour les varices : l'aiguille introduite dans l'angiome y porte successivement en plusieurs points chaque fois une goutte de solution sclérosante : quinine 2, uréthane 4, eau 30. Il est rarement nécessaire de faire une deuxième ou une troisième injection ; la rétraction est complète en deux ou trois mois.

A. BOCAGE.

Ictère syphilitique ou chancrelleux, par G. MILIAN. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 1, janvier 1931, pp. 23-27.

Ictère sans antécédents syphilitiques avec Wassermann négatif accompagné de bubons chancrelleux. Des injections de Dmelcos améliorent l'ictère. Rechute de l'ictère trois mois plus tard, il persiste une fistule ganglionnaire. En raison de leucoplasie chez le malade, d'une fausse couche et d'un cancer de l'estomac chez sa femme, on lui fait du novarsénobenzol intraveineux qui provoque des réactions thermiques, mais fait disparaître l'ictère rapidement pour quelques jours. Nouvelle rechute pendant le traitement arsénobenzolique qui est abandonné. Quelques injections de Dmelcos intramusculaires ne sont pas suivies de fièvre, mais guérissent l'ictère et sèchent la fistule ganglionnaire.

Dans ces conditions, l'auteur estime très vraisemblable l'origine chancrelleuse de cet ictère.

A. BOCAGE.

L'épreuve de l'adrénaline dans deux cas de mycosis fongoïde, par J. LEREBOULLET. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 1, janvier 1931, pp. 28-35.

On sait l'intérêt de cette épreuve qui, par des phénomènes vasomoteurs cutanés et une spléno-contraction, fait apparaître des modifications de la formule leucocytaire. Dans un cas de mycosis fongoïde dont l'auteur rapporte en détail l'observation, l'épreuve donna une légère diminution des neutrophiles, normale, une augmentation des éosinophiles, qui de 2 1/2 passent à 5 o/o à la quinzième minute, enfin une augmentation importante des éléments d'origine réticulo-endothéliale qui, de 14 1/2 montent à 22 1/2 o/o, accentuation particulière du phénomène habituel dans la leucocytose adrénalinique. Dans une deuxième observation, l'éosinophilie qui était à 7 monta à 12 1/2 o/o à la quinzième minute. Dans deux cas de maladie de Dühring, l'épreuve de l'adrénaline ne provoqua pas de chasse éosinophilique.

A. BOCAGE.

Xanthome papuleux et urticaire pigmentaire, par G. MILIAN, CAROLI et CARTEAUD. *Revue française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 1, janvier 1931, pp. 36-37.

Enfant de 30 mois, les lésions ont débuté à 11 mois ; on trouve, d'une part, du xanthome plan typique des paupières, du xanthome éruptif tubéreux du tronc et des bras ; des taches d'urticaire pigmentaire ; cholestérinémie normale ; pas de stigmate certain de syphilis.

A. BOCAGE.

Bulletin Médical (Paris).

Au sujet de la syphilis, par L. Bizard. *Bulletin Médical*, 45e année, no 7, 14 février 1931, p. 93.

B. donne la statistique du dispensaire de salubrité de la Préfecture de police. Le pourcentage des malades est très élevé chez les insoumises, important chez les femmes en carte ayant des raisons de fuir les visites, faible chez les prostituées en carte régulières à leurs visites, presque négligeable chez les femmes de « maison ». Lorsque la syphilis augmente, on est à peu près certain de voir les autres maladies vénériennes subir une augmentation proportionnelle. « La prostitution en maison est certainement la plus discrète, la moins scandaleuse et la moins dangereuse ». H. Rabeau.

Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 45e année, no 8, 20 juin 1931, p. 115.

Cette lettre traite des médications générales : vaccination, sérothérapie, bactériologie, chimiothérapie. S. passe en revue ces diverses méthodes thérapeutiques et dit les résultats qu'on doit en attendre.
H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Un cas de diabète insipide syphilitique. Guérison par le traitement spécifique, par Lebon, Loubeyre et Deemeur. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 5, 16 février 1931, p. 209.

La syphilis méningée, par sa localisation fréquente à la base du cerveau et par les lésions tubériennes qu'elle entraîne, est souvent à l'origine du diabète insipide.

Les auteurs rapportent une observation typique de diabète insipide dû à une méningite syphilitique apparue chez un sujet atteint de neuro-syphilis et insuffisamment traité.

L'examen du liquide céphalo-rachidien montre lymphocytose, albuminose et réactions sérologiques positives. L'action du traitement spécifique fut aussi rapide que durable, après une aggravation passagère au début. H. Rabeau.

Diabète insipide guéri par le traitement anti-syphilitique, par Marcel Labbé. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 6, 23 février 1931, p. 246.

L. rappelle qu'en 1922, il a publié l'observation d'un sujet atteint de polyurie permanente à 3 litres 5 sans troubles rénaux capables de l'expliquer, mais offrant des possibilités de syphilis (ptosis léger, parésie du M. O. E. D., nystagmus ; destruction de l'apophyse clinoïde posté-

rieure de la selle turcique, reliquat de kératite interstitielle datant de l'enfance). Il traita par des injections de novar aux doses de 0,15 et de 0,30 et vit dès la première injection la polyurie baisser, puis disparaître complètement dans la suite.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Urticaire par effort et cure thermale, par Debidour. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 3, séance du 13 février 1931, p. 97.

Observation d'un homme âgé de 43 ans, fils et petit-fils de migraineux qui, consécutivement à un coryza spasmodique printanier avec dyspnée asthmatiforme, présenta une urticaire causée uniquement par l'effort musculaire brusque et rapide, localisée au groupe musculaire qui a le plus peiné. Cette urticaire datant de 2 ans, disparut complètement et définitivement à la suite de la cure thermale. D. attribue le résultat à la triple influence du repos, de l'altitude, de la cure thermale surtout.

H. Rabeau.

La contamination syphilitique avant le chancre, par E. Schulmann. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 4, séance du 28 février 1931, p. 127.

Un homme a des rapports avec une prostituéee ; 28 jours après apparaît un chancre typique fourmillant de tréponèmes. 8 jours avant l'apparition du chancre, il a eu des relations avec sa femme. Celle-ci, 2 semaines plus tard, présenta un accident primaire de la lèvre droite.

Telle est en bref l'observation de S. à propos de laquelle il a recherché des observations semblables. Il a pu en réunir 9. Les dates de contagion varient de 4 à 12 jours avant l'apparition du syphilome, et la maladie ne diffère en rien de ses formes habituelles. Aucun état intermédiaire entre les chancres nains et une lésion invisible n'a pu être mis en évidence. C'est Milian qui, en 1926, a attiré l'attention sur la possibilité pour un syphilitique récemment contaminé d'être contagieux avant l'apparition du chancre. Une telle contagion s'explique vraisemblablement par une lésion microscopique, mais il est possible que le sang et même accidentellement le sperme puissent être vecteurs du tréponème. En présence d'un cas de contamination possible, l'attitude thérapeutique doit être l'expectative avec examen hebdomadaire méthodique. Toute médication préventive est à écarter.

H. Rabeau.

Comptes-rendus de la Société de Biologie (Paris).

Variations du soufre urinaire au cours des dermatoses desquamatives généralisées, par Ph. Barral et J. Rousset. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, n° 4, 6 février 1931, pp. 294-295.

Sur 4 malades atteints d'érythrodermies exfoliantes, un seul élimine une quantité normale de soufre, son érythrodermie étant due à une intoxication par le sesquisulfure de phosphore ; tous les autres avaient une diminution considérable du soufre urinaire.

A. Bocage.

La crise bismuthique considérée comme une fièvre de sensibilisation métallique, par J. Gaté, H. Thiers et Cuilleret. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 4, 6 février 1931, pp. 299-300.

Au cours de la grippe bismuthique, rien ne peut être décelé, mais quelque temps plus tard on peut mettre en évidence dans le sang du malade une sensibilisation transmissible passivement au cobaye, et cela même quand, sous l'influence d'injections régulièrement répétées, le malade a vu disparaître toute sensibilité clinique apparente au médicament.

A. Bocage.

Altération pléomorphique d'une culture de Trichophyton acuminatum, par A. Catanei. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI. n° 5, 13 février 1931, pp. 343-344.

Une souche de ce germe, isolée en Algérie, a montré des altérations duveteuses blanches qu'on n'avait jamais encore observées dans les cultures de ce germe. Le parasitisme pilaire de cette culture s'est montré plus discret dans l'infection expérimentale du cobaye que celui du type cultural primitif.

A. Bocage.

Technique pour l'isolement du gonocoque dans les uréthrites aiguës, par H. Sosa. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 5, 13 février 1931, p. 384.

L'auteur signale l'intérêt qu'il y a à diluer le pus dans du bouillon avant de l'ensemencer en plaques de Petri. Ce procédé permet d'avoir un nombre considérablement plus élevé de colonies, probablement en neutralisant l'action antiseptique du pus. Si l'ensemencement ne peut être fait aussitôt, conserver la dilution en bouillon à 20° plutôt qu'à 37°.

A. Bocage.

Diagnostic du chancre mou par la culture du bacille de Ducrey, par H. Sosa. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 5, 13 février 1931, pp. 385-386.

L'auteur conseille de nettoyer le chancre à l'iode et à l'alcool et de le recouvrir de collodion et le lendemain d'ensemencer le milieu suivant de pus dilué dans un demi-centimètre cube de bouillon :

sang de lapin fraîchement recueilli par ponction du cœur et défibriné, 0 cc. 2 ;

eau salée, 0 cc. 8.

Agiter, mettre à l'étuve à 34°. Examiner les cultures entre la 14e et la 24e heure.

Le sang de lapin peut être gardé 5 jours à la glacière dans un tube étroit.

A. Bocage.

Cryptococcus sp. isolés de certaines épidermomycoses, par P. Negroni. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 5, 13 février 1931, pp. 389-390.

Il s'agit de levures typiques isolées de certains types d'intertrigos, dont l'auteur donne tous les caractères morphologiques et culturaux, leur attribuant un rôle pathogène du fait que les ensemencements n'ont donné que ce type de levure. A. Bocage.

La valeur antigénique du phénol dans la réaction de Bordet-Wassermann, par L. Anciaux. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 6, 20 février 1931, pp. 491-492.

L'auteur a repris comparativement avec l'antigène de Bordet-Ruelens les résultats que donne le phénol comme antigène. Il constate de très grosses divergences qui n'en permettent pas l'emploi ; les résultats corrects paraissent attribuables à la libération de lipoïdes du sérum en présence du formol, ce qui explique que les réactions positives sont plus nombreuses si on prolonge la durée du contact des réactifs.

A. Bocage.

Epidermomycose cutanée provoquée par une levure, par A. et R. Sartory et J. Meyer. *C. R. Société de Biologie*, t. CVI, n° 7, 27 février 1931, pp. 599-600.

Dermite érythémato-squameuse en placards ovoïdes se disséminant sur les bras et la poitrine dans laquelle les auteurs mirent en évidence une levure dont ils décrivent en détails les caractères. Des lésions cutanées purent être reproduites avec le cobaye. Après plusieurs essais infructueux, la guérison fut obtenue avec l'iode colloïdal Chandler-Merck en badigeonnages. A. Bocage.

Gazette des Hôpitaux (Paris).

Les troubles psychiques au cours du tabès, par E. Larrivé et H.-J. Jasienski. *Gazette des Hôpitaux*, 104e année, n° 2, 7 février 1931, pp. 185-188.

Revue générale avec court historique. Il faut distinguer : 1° le psychisme du tabétique qui souffre et dont la cœnesthésie peut être atteinte : hypochondrie, irritabilité, apathie, mais avec intelligence intacte ; 2° les psychoses fortuites chez les tabétiques, souvent dues à des intoxications médicamenteuses ; le syndrome de Pierret-Rougier, qui ne paraît pas être une entité, mais une association de tabès avec des lésions organiques de syphilis cérébro-spinale ou de paralysie générale, dans lesquelles les troubles sensitifs tabétiques interviennent probablement pour orienter les idées délirantes ; 4° l'association avec la paralysie générale, dont la plus fréquente est celle dans laquelle le tabès succède à la première et lui imprime un cachet spécial, fréquence des hallucinations visuelles et auditives, idées de persécution, tendance mélancolique ; 5° le syndrome paralytique au cours du tabès, d'évolu-

tion souvent extrêmement lente et beaucoup plus fréquent que l'association précédente, caractérisé par certaines nuances : démence moins globale permettant une certaine activité intellectuelle, moins d'euphorie, céphalée fréquente et importante, paralysies localisées des membres, des nerfs crâniens ; évolution soit aiguë, confondue avec les délires aigus toxiques ou infectieux, soit chronique par poussées pendant 10 à 20 ans, de pronostic nettement moins défavorable que la paralysie générale précoce. A. Bocage.

Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique, par A. Lemierre. *Gazette des Hôpitaux*, 104e année, n° 16, 25 février 1931, pp. 299-302.

Le premier est celui d'un homme de 67 ans ayant présenté antérieurement de multiples crises douloureuses du type de celles de l'ulcère, qui en fait une nouvelle avec hématémèse importante puis anémie considérable ; radiologiquement, grosse déformation du pylore ; une amélioration spontanée se produit sans modification radiologique ; le Bordet-Wassermann ayant été trouvé positif, un traitement par le cyanure de mercure coïncide avec la régression complète des anomalies radiologiques.

Le deuxième cas est celui d'un syndrome gastrique apparaissant pour la première fois à 60 ans avec amaigrissement, image d'amputation pylorique ; ici encore, amélioration fonctionnelle sous la seule influence du régime et trois mois plus tard, transformation radiologique sous l'influence d'un traitement arsénobenzolique, tenté en raison de symptômes cliniques et sérologiques de syphilis.

A. Bocage.

Journal d'Urologie (Paris).

Au sujet de la syphilis vésicale et de son état latent, par Belmiro Valverde. *Journal d'Urologie*, t. XXX, n° 6, décembre 1930, p. 562.

Fournier, dans son *Traité de la syphilis*, n'avait pas été à même de réserver un chapitre à ce sujet, n'ayant pas de données suffisantes. Young, de Baltimore, considérant la question comme incertaine et confuse, exige pour le diagnostic l'épreuve histo-pathologique et la présence du tréponème. V. estime assez grand le nombre de cas de syphilis vésicale ; le diagnostic peut être établi par deux moyens fondamentaux : l'examen cystoscopique et l'épreuve thérapeutique.

L'examen cystoscopique de tous les malades en traitement pour uréthrite chronique lui a révélé un grand nombre de cas de syphilis vésicale. Dans la plupart des cas, les malades n'accusaient que peu de chose ou presque rien du côté de la vessie. Sur 143 malades, 35 cas de syphilis vésicale dûment diagnostiqués et guéris. 3 d'entre eux avaient des signes vésicaux nets, 9 aucun signe. Les 23 autres présentaient des douleurs légères, de siège et de fréquence variables. V. donne des schémas des

diverses images cystoscopiques qu'on peut rencontrer et 2 observations typiques. H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Epilepsie syphilitique avec examen microscopique du cerveau, par C. I. Urechia. *Revue neurologique,* 38e année, t. I, no 2, février 1931, pp. 205-207.

Observation détaillée d'une syphilis nerveuse caractérisée surtout par des crises d'épilepsie et des modifications du liquide rachidien. La mort en état de mal permit l'étude histologique du cerveau, montrant l'absence de toute infiltration inflammatoire, les lésions consistant surtout en altérations cellulaires de type dégénératif de pathogénie obscure.

A. Bocage.

Sur la paraplégie spasmodique infantile d'origine syphilitique, par N. A. Popow. *Revue neurologique,* 37e année, t. I, no 2, février 1931, pp. 208-212.

L'auteur apporte quatre observations : la première est une pachyméningite avec dégénérescence des faisceaux pyramidaux chez une enfant de 6 ans ; la seconde et la troisième sont analogues ; la quatrième est un cas de paraplégie spinale type Erb. L'auteur, en comparant ces cas aux observations antérieurement publiées, se demande si l'étiologie syphilitique n'est pas en jeu, mais n'apporte aucun fait probant en sa faveur. A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

A propos du Rhinophyma, par Ricardo Palma, *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. II, no 1, janvier 1931, p. 49, 5 fig.

R. P. a opéré 5 cas de rhinophyma avec de bons résultats. Il estime que le traitement chirurgical a une valeur thérapeutique plus grande que les scarifications profondes, les cautérisations galvaniques pénétrantes des glandes, le radium et les rayons X. A son avis le bistouri, les ciseaux et le rasoir sont ce qu'il y a de mieux pour l'extirpation de la tumeur. Il rejette la suture en lambeaux préconisée par Warbasse et Doyen, de même que l'intervention en deux temps avec emploi de greffes. La technique doit être appropriée à chaque cas.

J. Margarot.

Journal de Médecine de Lyon.

Etudes d'anatomo-radiologie. Documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance, par Péhu, Policard et Boucaumont. *Journal de Médecine de Lyon,* no 267, 20 février 1931, p. 113.

Les auteurs proposent une classification des ostéopathies observées dans la syphilis congénitale de la première enfance, s'appuyant à la fois sur les aspects radiographiques et sur l'anatomie pathologique.

On peut distinguer :

1° L'ostéochondrite ;

2° La périostite ossifiante qui succède à l'ostéochondrite ;

3° Les raréfactions osseuses ;

4° Les productions exubérantes hyperplasiques siégeant sur les extrémités osseuses ;

5° Certaines bandes transversales, occupant la partie de la diaphyse osseuse voisine de l'épiphyse.

Ces variétés diverses ne se présentent pas avec une égale fréquence. Elles traduisent un processus engendré par la syphilis congénitale pendant la vie intra-utérine et qui se continue pendant les premiers mois après la naissance.

Une bibliographie étrangère très récente termine cet important travail.

JEAN LACASSAGNE.

Lyon Médical.

Variations de l'équilibre protéique du sérum aux différentes périodes de la syphilis acquise de l'adulte, par J. GATÉ, H. GARDÈRE et BADINAND. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVII, no 7, 15 février 1931, p. 227.

Les auteurs ont étudié le quotient sérine-globuline chez 31 malades se présentant à des stades différents de la syphilis, mais tous exempts de lésions pulmonaires, rénales ou hépatiques associées.

Voici les conclusions auxquelles ils arrivent :

1° A la période du chancre, la sérine augmente, entraînant l'élévation du quotient sérine-globuline et du total des protéines.

2° A la période primaire sérologique et à la période secondaire avec roséole chez les malades non traités, l'équilibre protéique redevient normal la plupart du temps.

3° Lorsque le traitement a jugulé les accidents, qu'il s'agisse de syphilis récente ou ancienne, on voit augmenter parallèlement la sérine, la globuline, alors que le quotient demeure normal. Cette modification des protéines paraît être une conséquence non pas directe de la chimiothérapie, mais de son action curative.

JEAN LACASSAGNE.

Contribution à la pathogénie de la grippe bismutique, par J. GATÉ, H. THIERS et P. CUILLERET. *Lyon Médical*, t. CXLVII, 22 mars 1931, pp. 381-389.

Les auteurs ont étudié la pathogénie de deux cas de grippe bismuthique qu'ils avaient observés dans leur service. Dans la première observation, il s'agissait d'une grippe apparue chez un sujet atteint d'hémiplégie syphilitique de date ancienne à la première piqûre de Bi liposoluble. Arrêt du traitement et une série de CyHg est bien supportée. Dans la seconde observation, il s'agissait d'une radiculite spécifique associée à un rhumatisme gonococcique. La malade avait bien

supporté le Hg. La première piqûre de Bi liposoluble provoque une « grippe » ; on continue le traitement en pratiquant une seule piqûre par semaine. La réaction grippale provoquée par chaque piqûre est allée en s'atténuant et les dernières injections n'ont provoqué aucune réaction. Dans cette deuxième observation, il semblait que l'on pouvait admettre une réaction biotropique, puisque la malade avait eu un an auparavant une grippe infectieuse authentique. — En réalité, il n'en était rien : par la méthode de l'anaphylaxie passive dans les deux cas et en plus par la méthode de Prausnitz-Küstner dans la deuxième observation, les auteurs ont montré l'existence d'un état de sensibilisation au Bi : la grippe bismuthique n'est pas une réaction biotropique, mais une réaction de sensibilisation à un antigène métallique : le Bi dans le cas particulier. — De plus, la continuation de la thérapeutique a désensibilisé cliniquement la malade de l'observation II. Or, on sait que Milian donne comme argument en faveur de l'origine biotropique des accidents que ceux-ci disparaissent quand on continue le traitement qui les a causés ; l'observation publiée par Gaté montre que cette épreuve thérapeutique est sans valeur en ce qui concerne l'origine biotropique des accidents médicamenteux : la disparition des accidents dans cette condition s'explique par une désensibilisation clinique et non par une pathogénie biotropique. — Enfin les épreuves de laboratoire destinées à mettre en évidence un état de sensibilisation peuvent continuer à être positives, malgré que le malade soit cliniquement désensibilisé. Cette constatation déjà faite par Vallery-Radot pour les sensibilisations alimentaires étudiées à l'aide des cuti a été retrouvée par Gaté pour les sensibilisations médicamenteuses. JEAN LACASSAGNE.

Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier.

Encéphalopathie infantile. Myopathie et syphilis héréditaire, par MARGAROT et ZAKHAJM. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen,* 6 février 1931.

L'évolution progressive d'une myopathie pseudo-hypertrophique du type Duchenne présente un parallélisme curieux avec l'aggravation d'une encéphalopathie ayant pour point de départ une syphilis héréditaire.

Dans ce cas, comme dans les faits analogues qui ont été publiés, il semble que la senescence philogénique spéciale qui caractérisait les myopathies (altérations abiotrophiques du système nerveux extra-pyramidal et végétatif central) ait été déclenchée par une hérédo-syphilis à localisation cérébrale. PAUL VIGNE.

Traitement des angiomes par la méthode sclérosante, par ETIENNE. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen,* 6 mars 1931.

L'auteur rapporte trois observations d'angiomes traités avec plein succès par l'injection de la solution quinine-uréthane utilisée dans le traitement des varices.

1er cas. — Jeune fille de 14 ans, présente un angiome circonscrit sous-cutané de la joue gauche et un angiome cutané circonscrit sous-maxillaire gauche.

Injection de 1 centimètre cube de la solution dans le premier, de 2/10 de centimètre cube dans le second. Guérison.

2e cas. — Angiome diffus à marche rapide, cutané et sous-cutané de l'avant-bras gauche, chez une petite fille de 2 ans. Disparition de la tumeur après 6 injections de 1/3 de centimètre cube chaque fois.

3e cas. — Angiome diffus cutané et sous-cutané de la face latérale droite du tronc chez une fillette de 10 mois. Disparition de la tumeur après 5 injections.

Il ne persiste plus chez les deux dernières qu'une légère teinte angiomateuse qui va s'atténuant. PAUL VIGNE.

Deux cas curieux de sensibilisation : Anaphylaxie digestive aux oranges; Sensibilisation cutanée à l'eau des torrents, par A. PUECH. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen,* 6 mars 1931.

Dans le premier cas, la malade présente depuis l'âge de 37 ans (elle en a actuellement 68) une demi-heure après l'ingestion d'oranges ou de mandarines, des crises paroxystiques avec pâleur et sensations lipothymiques, douleurs épigastriques et abdominales violentes, vomissements abondants. La cuti-réaction au jus d'orange est très fortement positive. La skeptophylaxie alimentaire empêche l'apparition des accidents d'intolérance.

Dans le deuxième cas, une éruption d'urticaire vésiculeuse apparaît en quelques instants sur les téguments chaque fois qu'ils sont en contact avec l'eau de torrents de la région du Dauphiné ; elle reste strictement localisée aux régions mouillées.

PAUL VIGNE.

Douze cas de paralysie générale traités par le Dmelcos associé au Stovarsol, par J. EUZIÈRE, H. VIALLEFONT et L. TARBOURIECH. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier et du Languedoc Méditerranéen,* décembre 1930.

Les auteurs rapportent 12 observations de paralysie générale traitée par le Dmelcos et le Stovarsol. La technique employée a été celle de Sézary et Barbé, c'est-à-dire 4 injections de 0 gr. 50 ; puis 18 injections de 1 gramme, soit un total de 20 grammes au rythme de 3 injections par semaine.

Pour le Dmelcos, 8 injections intraveineuses à doses croissantes, une par semaine.

Les malades ont reçu 3 séries d'injections.

Les 12 malades avaient leur diagnostic de paralysie générale confirmé par les ponctions lombaires.

Deux de ces malades sont sortis de l'asile, l'un depuis 11 mois, l'autre depuis 16 mois. Leurs troubles mentaux avaient absolument disparu ainsi que les troubles sphinctériens. L'inégalité pupillaire n'a pas été influencée. Le Bordet-Wassermann est devenu négatif dans le sang mais est resté positif dans le liquide céphalo-rachidien. L'albumine est tombée de 0 gr. 82 à 0 gr. 25. La réaction cytologique de 10 à 1 élément et de 16 à 4 éléments.

Quatre autres malades sont très améliorés ; les troubles mentaux ont complètement disparu, l'autocritique est revenue. L'amélioration physique est nette, le Bordet-Wassermann est devenu négatif dans le sang et reste positif dans le liquide céphalo-rachidien.

Chez les 6 autres malades l'amélioration constatée a été moins nette. Les auteurs concluent que :

1° Le traitement de la paralysie générale par le Dmelcos et le Stovarsol n'est pas dangereux.

2° Qu'il donne des résultats comparables à ceux obtenus par la malariathérapie.

Paul Vigne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (*Berlin*).

Sur la recherche et la présence de tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis primaire et secondaire (Ueber den Nachweis und das Vorkommen von Spirochaeten im Liquor bei Frühluetikern), par Richard Geiger. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 473, 3 fig.

L'auteur a recherché le tréponème dans le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques au début de la maladie, chez les non traités et chez les très insuffisamment traités. Pour déceler les tréponèmes plus facilement, G. a utilisé la méthode de Warthine-Sparry (coupe dans l'agar argenté). Sur 30 liquides examinés (2 syphilis primaires avec réactions sérologiques négatives, 4 syphilis primaires avec réactions positives, 20 syphilis secondaires, 12 syphilis tertiaires et 3 syphilis latentes), la recherche des tréponèmes fut 12 fois positive (dans 2 cas de syphilis primaire séro-positive ; dans 8 cas de syphilis secondaire ; dans 1 cas de syphilis tertiaire ; dans 1 cas de syphilis latente).

La présence de tréponèmes, dans le liquide céphalo-rachidien fut démontrée : dans 2 cas de chancre avec réactions sérologiques positives. Dans tous les cas (5) avec réactions positives du liquide céphalo-rachidien et dans un nombre relativement grand de cas avec réactions négatives dans le liquide.

Les 5 malades présentant des réactions positives dans le liquide céphalo-rachidien avec présence de tréponèmes avaient été, d'après nos connaissances actuelles, tous insuffisamment traités.

Il résulte de ces recherches que les tréponèmes peuvent se trouver

dans le liquide céphalo-rachidien déjà à la période primaire, avant l'apparition de lésions exanthématiques généralisées et aussi dans un liquide céphalo-rachidien pour lequel toutes les réactions, d'après nos méthodes actuelles, sont complètement négatives.

OLGA ELIASCHEFF.

Recherches expérimentales sur l'influence de la morsure de la periplaneta orientalis sur la peau humaine (Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung des Bisses von Periplaneta orientalis auf die Menschenhaut), par E. N. PAWLOWSKY et A. K. STEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 611, 7 fig.

Les auteurs ont pu constater des lésions épidermiques chez l'homme (dégénérescence des cellules épithéliales, nécrose, lésions inflammatoires) dues à la morsure de la *periplaneta orientalis* (blatte). Ces lésions sont produites mécaniquement par la morsure de la blatte dont la mâchoire supérieure est très développée et par la salive toxique déposée sur la peau lésée.

OLGA ELIASCHEFF.

Études cliniques, expérimentales et chimiques sur l'influence de la nutrition sur les processus inflammatoires dans la peau saine et malade (Klinische, experimentelle und chemische Studien über den Einfluss der Ernährung auf Entzündungsvorgänge in der gesunden und Kranken Haut), par J. DŒRFFEL. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 621, 6 fig.

L'auteur a étudié l'influence de la nutrition sur les processus inflammatoires de la peau et tout spécialement l'influence du régime sur la tuberculose cutanée.

Les régimes choisis furent : le régime déchloruré modifié par Herrmannsdorfer, le régime déchloruré avec supplément de chlorate d'ammonium ou de silicalcium pour augmenter l'acidité et enfin un régime alcalin (lacto-végétarien).

Dans les expériences sur les animaux, la nourriture consista en avoine et en légumes verts. Les résultats cliniques furent les suivants :

1° En utilisant uniquement le régime déchloruré, on obtient déjà des guérisons ou, au moins, des améliorations de la tuberculose cutanée.

2° Le traitement local associé au régime amène une guérison plus rapide sans toutefois améliorer l'effet esthétique obtenu par le régime seul. Comme effet secondaire, on observe une influence favorable sur les cicatrices anciennement traitées par les caustiques (Ectropium).

3° Il est impossible de se prononcer dès maintenant sur la guérison définitive obtenue par le régime déchloruré, les sujets étant encore restés trop peu de temps en observation. En tout cas les récidives sont possibles (un cas de l'auteur).

4° Les bons résultats cliniques furent confirmés par des examens histologiques en série et c'est la cellule de la paroi vasculaire qui joue un rôle important dans le processus de guérison.

5° Le régime exerce une influence nuisible sur le bacille tuberculeux, influence démontrable par la culture.

6° L'auteur démontre l'influence du régime sur l'organisme tout entier par la réaction de précipitation, la formule sanguine et le Guttadiaphote.

7° On a pu constater dans une série de différentes dermatoses chroniques, surtout dans les dermatoses exsudatives un effet thérapeutique favorable dû à ce régime.

Dans la partie expérimentale, l'auteur décrit les causes chimio-biologiques des résultats obtenus par le régime déchloruré :

1° La tendance à l'inflammation de la peau est pendant le régime sensiblement augmentée chez les sujets malades ainsi que chez les sujets sains. Cette augmentation de la réaction cutanée régresse rapidement avec une nourriture normale.

2° Les lapins soumis au régime de l'avoine présentent aussi une tendance augmentée à l'inflammation. La nourriture alcalinisante (légumes verts) agit contre cette tendance.

3° L'avoine agit sur le lapin, surtout sur l'infiltrat tuberculeux (après inoculation intradermique de bacilles vivants du type bovin), d'une façon semblable à celle du régime déchloruré sur l'homme. Mais on observe même dans les plaies non spécifiques une guérison plus rapide chez les lapins nourris avec l'avoine.

4° La recherche de la réserve alcaline, la réaction actuelle des urines de 24 heures avant et pendant le régime, démontrent l'influence légèrement acidifiante du régime d'Herrmannsdorfer.

5° En ajoutant des acides, par exemple, amm.-chlorat. et silicalcium, au régime déchloruré, on obtient un meilleur résultat thérapeutique, surtout dans les ulcères chroniques.

6° L'avoine produit une acidité de la réaction actuelle dans les urines du lapin, les légumes verts une alcalinisation.

7° Le régime déchloruré provoque probablement une perte moyenne de l'eau du corps entier. Cette perte a lieu dans toute la peau et est le plus prononcée dans le foyer malade.

8° La déperdition de l'eau de la peau existe chez le lapin nourri par l'avoine ainsi que par les légumes verts.

9° Le régime acide d'Herrmannsdorfer produit chez l'homme (comme l'avoine chez le lapin) un trouble net du taux des minéraux dans la peau. La potasse est augmentée, le calcium et le magnésium diminués. Ce trouble des sels minéraux est surtout prononcé dans les foyers malades.

Ces résultats rendent plausibles les relations entre l'inflammation, l'équilibre acido-basique et les troubles des minéraux.

Olga Eliascheff.

Télangiectasies multiples dans la syphilis (Multiple Teleangiektasien bei Syphilis), par Hans Sprafke. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 682, 6 fig.

Observation d'un cas de télangiectasies essentielles chez une syphilitique. L'histologie d'une lésion au début montra la prédominance d'une

infiltration inflammatoire dans le derme, à ce moment la dilatation vasculaire n'existait pas encore. Avec l'âge des lésions, l'inflammation rétrocéda et il se forma à la place de l'inflammation des veines dilatées.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'étiologie de l'uréthrite non gonococcique (Zur Aetiologie der nichtgonorrhoischen Urethritis), par Rudolf CHWALLA. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 692.

L'auteur décrit deux formes rares de l'uréthrite non gonococcique : une due à la sténose du méat, l'autre à la phosphaturie. L'uréthrite phosphaturique est provoquée par l'irritation produite par les particules des phosphates éliminés. On rencontre aussi cette forme d'uréthrite, mais beaucoup plus rarement, dans l'oxalurie et l'uraturie.

OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude de l'étiologie toxico-infectieuse du pemphigus vulgaire et de la dermatite herpétiforme de Dühring ; recherches expérimentales sur les animaux (Tierexperimentelle Untersuchungen zur Frage der infesktiöstoxischen Genese des Pemphigus vulgaris und der Dermatitis herpetiformis Dühring), par Erich URBACH et Friedrich REISS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 713, 6 fig.

Pour élucider l'origine toxi-infectieuse du pemphigus vulgaire typique et de la dermatite herpétiforme de Dühring, les auteurs ont inoculé systématiquement aux lapins le sang et le contenu des bulles de malades (3 cas de pemphigus et 5 cas de dermatite herpétiforme) atteints de ces dermatoses.

Les injections furent pratiquées dans les veines, dans la citerne et dans l'oreille du lapin. Elles provoquèrent soit la mort, soit des lésions paralytiques graves. L'histologie montra dans la moelle épinière, ainsi que dans différents points du cerveau des foyers inflammatoires, des hémorragies et des infiltrats des méninges.

OLGA ELIASCHEFF.

L'Uricémie dans les dermatoses et l'influence médicamenteuse de l'Atophan et de l'Uricedin (Uricaemie bei Dermatosen und ihre medicamentœse Beeinflussung durch Atophan und Uricedin), par Helmuth GRAF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 726.

L'auteur a examiné la teneur en urée de 150 sujets alimentés normalement (103 hommes et 47 femmes) mais atteints de différentes dermatoses. La méthode utilisée pour ces recherches fut celle de Folin, modifiée pour le photomètre par Heilmeyer et Krebs. Dans 23,3 o/o pour les hommes et dans 21,3 o/o pour les femmes, on trouva une augmentation de l'urée. 14 malades traités par l'atophan et 10 par l'uricedin présentèrent une baisse de l'urée (l'atophan agit mieux), mais un effet thérapeutique ne fut obtenu que dans deux cas traités par l'atophan. L'auteur ne considère pas l'augmentation de l'urée sanguine comme

une cause étiologique des dermatoses, il croit plutôt que cette augmentation n'est qu'un symptôme coordonné et constitutionnel.

OLGA ELIASCHEFF.

Kératome sénile atypique avec formation de bulles ressemblant à la maladie de Darier (Darier-ähnliche Atypie eines Keratoma senile mit Blasenbildung), par Helmuth FREUND. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 733. 3 fig.

Observation d'un kératome sénile avec formation de bulles présentant histologiquement des lésions ressemblant à celles décrites dans la maladie de Darier (cas analogues décrits déjà par W. Frendenthal et Gans).

OLGA ELIASCHEFF.

Le phénomène de l'hypertrophie des poils par foyers après l'épilation par les rayons Rœntgen (Das Phænomen der herdförmigen Haarhypertrophie nach Rœntgenepilation), par Arie DOSTROWSKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 739, 12 fig.

L'auteur décrit 38 cas dans lesquels il observa une hypertrophie en foyers des poils après l'épilation par les rayons Rœntgen pour teignes (les poils furent plus longs, plus épais, plus fortement pigmentés). Certaines lésions furent traitées par des médicaments, irritants avant l'épilation. Comme causes de ce phénomène l'auteur invoque le facteur irritatif dû aux médicaments, le traumatisme et les infections suppurées du cuir chevelu avant l'irradiation et pendant cette dernière. Cette irritation produit une augmentation de la vitalité de l'appareil pileux.

OLGA ELIASCHEFF.

Nævi sudoripares mixtes avec hyperfonction (Komplizierte Schweissdrüsennævi mit Hyperfunktion derselben), par Johann ISCHERNJAWSKI. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931 p. 762, 1 fig.

Observation de deux cas rares de nævi sudoripares mixtes des membres inférieurs (deux cas analogues ont été décrits par E. Beier et E. Erdheim). Ces tumeurs éliminèrent une grande quantité de sueur.

L'histologie montra une structure mixte — nævus sudoripare, angiome, nævus conjonctif combiné avec d'autres tissus næviques.

Se basant sur les recherches histologiques, l'auteur exprime l'avis que les nævi sudoripares décrits par lui présentent une hypertrophie due au travail nécessité par l'hyperfonction des glandes sudoripares. Cette hyperfonction pouvant être provoquée par l'irritation constante de la partie angiomateuse en croissance et peut-être aussi par le reste des tissus næviques.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur un cas d'urticaire pigmentaire næviforme (Ueber einen Fall von Urticaria pigmentosa næviformis), par Wilhelm RICHTER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931 p. 771, 3 fig.

Observation d'un cas d'urticaire pigmentaire næviforme chez un jeune homme de 16 ans. Le début de la maladie remontait à l'âge d'un an. La maladie resta sans-modification (ni régression, ni augmenta-

tion) et ne causa aucune gêne subjective. A côté de ces lésions, cliniquement atypiques, on constata une urticaire factice.

OLGA ELIASCHEFF.

Les propriétés régionales et les conditions épidémiologiques de la flore des dermatophytes en Hongrie (Die regionaeren Eigenheiten und die epidemiologischen Verhältnisse der Dermatophytonflora in Ungarn), par K. v. BERDE. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 777.

Travail sur la flore pathogène des dermatophytes en Hongrie pour l'année 1929. L'auteur a pu constater que cette flore fut très modifiée pendant les 15 dernières années. Tandis que les trichophyties diminuent, la microsporie et l'achorion augmentent, ce qui rend la lutte contre les teignes plus difficile. La grande infectiosité de la microsporie et l'augmentation du favus, laissant des cicatrices non esthétiques, nécessitent des mesures énergiques.

Les recherches mycologiques des 10 dernières années montrèrent la présence sur le territoire de la Hongrie des champignons pathogènes suivants :

1° Microsyphones : Actinomyces bovis, Microsporon minutissimum, Cohnistreptothrix tenuis.

2° Thalospores : Trichophyton crateriforme, acuminatum, fumatum, exsiccatum, violaceum, scarlatiniforme et ses variétés, glabrum, sulfureum, fuscum sulcatum, cerebriforme, gypseum asteroïdes, gypseum granulosum, niveum denticulatum, nigrum, gypseum lacticolor, equicunctans, Epidermophyton inguinale, interdigitale, rubrum, gypseum num, rosaceum, faviforme, anareideum, aurescens, calvicentricum fulvum, Microsporon Audouini, felineum, umbonatum, fulvum, lanosum, Achorion Schönleini, Quinckeanum, gypseum, Trichosporon Beigeli, Micoderma Gilchristi, Madurella, Indiella Mansoni, Oidium Albicans, Microsporon furfur.

3° Conidiospores : Acremonium.

4° Ascomycètes : Différents Cryptococcus : Cryptococcus linguæ pilosæ, Aspergillus, Scopulariopsis, Penicilium, Mucor.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermato-fibromes progressifs et récidivants (Dermato-fibromatosis protuberans et progrediens, Dermato-fibrosarcomer protuberans E. Hoffmann), par Rudolp BEZECNY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 782, 5 fig.

Observation et description anatomo-pathologique de deux cas de dermato-fibromes progressifs et récidivants de Darier et Ferrand (Dermato-fibro-sarcome protuberans — Hoffmann).

L'auteur considère cette maladie comme une fibromatose diffuse tumorale prenant naissance d'une prédisposition héréditaire et formant au cours de son développement des tumeurs. Il ne les range pas dans

les tumeurs malignes. Il propose la dénomination *dermato-fibromatosis protuberans* et *progrediens*.

Olga Eliascheff.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La valeur pratique et scientifique de la nouvelle micro-réaction rapide de Meinicke (Die praklische und wissenschaftliche Bedeutung der neuen Mikro-Schnellreaktion nach Meinicke), par E. Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, f. 4, février 1931, p. 221.

La nouvelle micro-réaction est un procédé très simple, rapide (une heure), permettant d'employer de minimes quantités de sang. Elle donne, chez l'homme et chez l'animal, des résultats incontestables. Au lieu de la loupe ou du faible grossissement microscopique, on peut employer le nouveau condenseur à fond noir et à sec de Leitz, qui supprime la souillure par l'huile de cèdre. Cette réaction, lisible même à l'œil nu, constitue pour les recherches expérimentales un notable progrès, car elle donne, chez le singe, le lapin et la souris des résultats spécifiques. Elle est comparable ou supérieure aux autres procédés.

L. Chatellier.

Sur une kératose disséminée non encore décrite (acrokératose verruciforme) (Uber eine bisher nicht beschribene disseminierte Keratose (Akrokeratosis verruciformis)), par G. Hopf. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 4, février 1931, p 227, 7 fig.

Deux cas d'une lésion dont Rasch a fait connaître une autre observation. Dans le premier, il s'agit d'un homme de 31 ans chez qui la lésion en question a débuté vers la puberté, sur le dos des mains qui sont maintenant couvertes d'une mosaïque de levures verruqueuses planes, étendue vers le bord interne de la main. Efflorescences cornées multipliées sur l'éminence thénar; ongles blancs, striés, etc. Pieds normaux. Au microscope : forte hyperkératose ; derme sain. Dans le second cas, il s'agit d'une cuisinière de 26 ans, malade depuis l'âge de 13 ans, chez laquelle les mêmes lésions se retrouvent sur les mains et le dos des pieds, principalement sur le bord interne des mains ; grains cornés semés dans l'épiderme palmaire, comme des perles de corne. Ongles et plantes normaux. Pas d'hyperhidrose ; hyperkératose histologique. H. différencie ces cas des verrues planes, vulgaires, des verrucoses généralisées, de la maladie de Darier, des diverses variétés de lésions décrites sous le nom de parakératose, etc.

Il conclut qu'il s'agit d'un état hyperkératosique spécial, non évolutif, d'origine et de signification nævique.

Ch. Audry.

Sur l'atrophodermie vermiculée (Zue Kenntniss der Atrophodermia vermiculata), par L. Leven. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 4, février 1931, p. 250, 3 fig.

A propos d'un cas personnel, datant de l'extrême enfance et observé chez un jeune homme, L. rappelle que cette lésion a été décrite sous des noms variés : atrophodermie vermiculée (Darier), acné vermoulante, folliculite ulérythémateuse, etc. On peut distinguer des cas où ce processus atrophique et vermiculé est associé ou non à des phénomènes acnéiques vrais et inflammatoires ; ces derniers sont peut-être différents de nature des premiers. D'accord avec Darier, L. pense qu'en l'absence d'accidents inflammatoires, de la congénitalité, etc., il est plus sage d'admettre une origine nævique, qui ne s'impose pas pour les autres.

Ch. Audry.

Association d'épithéliomas multiples du tronc à un parapsoriasis en plaques (Gemeinsanns Vorkommen von multiplen Rumpfepitheliomen mit parapsoriasis en plaques), par W. Kurth *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 4, février 1931, p. 256.

En 1927, Stammer avait réuni 39 cas d'épithéliomas multiples du tronc. K. en a réuni 12 autres, dont 2 (Pautrier et Archambault, Hasley) remarquables par le grand nombre de tumeurs et la multiplicité des types histologiques. Dans l'observation de K., il s'agit d'une femme de 76 ans présentant sur le tronc et la cuisse 4 épithéliomas (dont un guéri par le radium) à morphologie carcinomateuse, coïncidant avec un certain nombre de placards qu'il définit comme parapsoriasis en plaques. Il n'y avait aucun rapport entre l'une et l'autre lésions.

Ch. Audry.

Exanthème polymorphe comme complication d'une vaccination accidentelle (Polymorphes Exanthem als Komplikation einer akzidentellen Vakzination), par S. Serefis. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 4, février 1931, p. 260.

Une femme de 36 ans, dont l'enfant avait été vacciné, présenta une vaccine plus ou moins syphiloïde de la zone ano-génitale, qui se compliqua bientôt d'un exanthème polymorphe. Ce dernier accident, d'ailleurs fort rare, ne se produit guère qu'après la première inoculation. Le cas présent est d'autant plus exceptionnel qu'il se rencontrait chez une femme de 36 ans qui avait déjà été vaccinée deux fois avec succès.

Ch. Audry.

Néostibosan dans la leishmaniose (Neostibosan bei Leishmanniose), par N. Johannides. *Dermatologische Zeitschrift*, t. XCII, 21 février 1931, p. 280, 1 fig.

Guérison en 3 semaines d'un bouton du Nil (du dos du pied) par des injections intramusculaires de 0,01, puis 0,02 de néostibosan dans 2 et 4 centimètres cubes d'eau distillée pratiquées tous les 2 jours. Les injections provoquaient une réaction inflammatoire locale.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la question de la syphilis congénitale expérimentale du lapin (Zur Frage der experimentellen Kongenitalen Kaninchensyphilis), par A. Finkelstein et S. Orlow. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 6, 7 février 1931, p. 203, 5 fig.

La descendance de lapins syphilitiques, infectés par voie cutanée ou intrascrotale, ne montre, dans les expériences des auteurs, aucun symptôme d'une infection syphilitique. Toutefois, elle se montre un peu plus sensible à une nouvelle infection. La meilleure méthode pour réaliser une infection intra-utérine chez le lapin consiste à inoculer dans la veine de la lapine en gestation une émulsion de spirochètes. L'accouplement de femelles infectées (chancre de la vulve) avec des mâles sains provoque, chez ceux-ci, l'apparition de lésions cliniques (accident initial et syphilis généralisée, lésions du système nerveux central), mais les auteurs n'ont pas constaté l'infection de femelles saines par des mâles infectés (chancre pénien). L. Chatellier.

Recherches sur les bases de la rosacée (Untersuchungen über Grundlagen der Rosacea), par Daukmar Hachenburg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nos 5 et 6, 31 janvier et 7 février 1931, pp. 165 et 197.

D'après les travaux parus et ses recherches personnelles, l'auteur conclut que la rosacée est liée à des altérations fonctionnelles du système nerveux neuro-végétatif, à une « neurodysergie végétative » (O. Müller), comme le prouvent les investigations de microscopie capillaire. En outre, il y a altérations des sécrétions internes et des rapports des glandes entre elles. Chez tout malade atteint de rosacée, il convient donc d'examiner le fonctionnement des glandes endocrines, du tube gastro-intestinal et de l'appareil circulatoire. A ces facteurs fondamentaux, s'ajoutent les dispositions personnelles (hérédité, séborrhée). La lésion cutanée n'est qu'une des manifestations pathologiques du corps entier. Un agent pathogène agit sur divers organes et trouve son expression la plus nette dans la rosacée. On sait que la désintégration de l'albumine aboutit à des corps doués de propriétés irritantes, en particulier pour les vaisseaux. Kauffmann par l'irritation aseptique de la peau a provoqué des troubles gastriques chez le chien, par l'intermédiaire de substances toxiques de désintégration albumineuse. H. décrit aussi un nouveau procédé pour le dénombrement des vaisseaux capillaires chez le vivant. Il faut souligner que les capillaires des papilles, quoique lésés, apparaissent au niveau des régions malades, moins modifiés dans leur forme qu'au niveau de la peau normale.

L. Chatellier.

Granulome annulaire guéri par les rayons de Bucky (Ein Fall von Granuloma annulare geheilt mit Buckystrahlen), par L. Baer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXII, no 5, 31 janvier 1931, p. 171 3 fig.

Un cas de granulome annulaire du dos de la main gauche chez un tuberculeux pulmonaire. Au microscope, structure histologique nettement tuberculeuse (cellules géantes, etc.). Guérison par les rayons de Bucky. Ch. Audry.

Une nouvelle préparation au pyrogallol, soufre et cholestérine pour la teinture, les soins et la croissance des cheveux (Ein neues Pyrogallol-Schwefel-cholesterinpräparat für Haarfärbung, Haarpflege und Haarwachstum), par A. Strauss. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 5, 31 janvier 1931, p. 174.

S. s'est attaché à réaliser une combinaison qui permette aux malades de teindre et soigner eux-mêmes leur chevelure, sans aucune des difficultés ni aucun des dangers des procédés habituels. Il s'est arrêté à un composé (thiopyrogallol) où le pyrogallol et le soufre, combinés, produisent la coloration et l'entretien des cheveux. Le soufre réduit l'acide pyrogallique pour donner un beau ton noir et agit sur la séborrhée. D'autre part, on connaît l'action de la cholestérine sur la repousse des cheveux. S. l'a incorporée à sa préparation, qui s'applique sur les cheveux préalablement nettoyés à l'eau savonneuse. Pas de coloration du cuir chevelu. L. Chatellier.

Sur la pathogénie de la dermatite herpétiforme de Dürhing (Beiträge zur Pathogenese der Dermatitis Herpetiformis (Dühring), par A. Varga. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 7 février 1931, p. 193.

Après avoir rapidement résumé les théories antérieurement formulées sur l'étiologie de la dermatite herpétiforme, V. donne une observation prise sur une femme de 67 ans dont les échanges urinaires sont normaux. Mais il existe une température subfébrile et des altérations sanguines (pas d'éosinophilie) : augmentation des mononucléaires et des lymphocytes, qui semblent répondre à un processus toxi-infectieux en voie de restauration agissant sur le système nerveux.

Ch. Audry.

Psoriasis atypique avec lésions de la muqueuse buccale (Atypische Psoriasis mit Beteiligung der Mundshleimhant), par K. Schreiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 14 février 1931, p. 237, 4 fig.

Un homme de 25 ans présente un psoriasis atypique par son développement palmaire et plantaire, et une localisation en forme de moustache sur la lèvre supérieure. Lésions onguéales ; à peu près au tiers moyen de la voûte palatine, plaques bleuâtres, qui s'étendent jusque vers la luette, ponctiformes, légèrement desquamantes. L'examen histologique montre un certain degré d'acanthose, sans kératinisation, superposé à une infiltration dermique. Rien de tout cela ne ressemblait à de la leucoplasie ; cependant, il faut rapporter cette lésion muqueuse au psoriasis et le joindre aux quelques observations qui en ont déjà été publiées.

Ch. Audry.

Étude sur la pathogénie et l'étiologie de l'érythème noueux (Beiträge zur Pathogenese and Aetiologie des Erythema nodosum), par G. Doczy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 7, 14 février 1931, p. 241.

Après avoir rappelé les théories et faits concernant l'étiologie de l'érythème noueux, D. s'appuie sur ses constatations et expériences personnelles pour proposer une étiologie et une pathogénie de cette affection. 8 femmes, indemnes jusque-là de toute dermatose et de tout traitement par injection, ont subi un examen radiologique et neurologique. D. a constaté chez toutes une grande instabilité du sympathique. Deux d'entre elles avaient des signes radiologiques de tuberculose active. L'examen histologique d'un nodule montre surtout de l'infiltration périvasculaire et de l'œdème. D. a injecté diverses substances albumineuses et reproduit, toutes proportions gardées, des lésions identiques à celles de l'érythème noueux. Aussi conclut-il que ce dernier n'est pas une maladie ; que les produits de désintégration albumineuse en provoquent l'apparition, par action sur le système sympathique très instable chez ces malades. L. Chatellier.

Deux cas autochtones de mycétome à grains noirs (Zwei autochtone Fälle von Myzetoma mit schwarzen Körner), par B. Beron. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 21 février 1931, p. 265, 15 fig.

Trois cas typiques de mycetome à grains noirs recueillis chez 2 frères et un troisième malade qui n'ont jamais quitté la Bulgarie. On a facilement cultivé le champignon (il n'est pas déterminé) et obtenu avec les cultures des inoculations positives infectieuses chez le lapin et le cobaye. Ch. Audry.

Ma méthode de traitement spécifique de la lèpre (Meine spezifische Leprabchandlung methode), par A. Paldrock. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 8, 21 février 1931, p. 273.

Par l'emploi de la neige carbonique, on provoque une résorption des lépromes, qui a pour résultat l'auto-immunisation du malade, grâce à la production d'anticorps. L'agent pathogène, ainsi sensibilisé, devient accessible à la chimiothérapie.

Découvert en 1871 par A. Hansen, l'agent pathogène a été considéré ultérieurement comme un coccothrix par Lutz et P. Unna a trouvé qu'il n'était pas un bacille, mais un parasite mycélien. Dans ses articles, on peut mettre en évidence ses centres de reproduction sous la forme de granules colorés, entourés d'une gaîne protectrice moins colorée. Chaque gaîne peut contenir plusieurs granules ; d'où l'aspect de bacille en bâtonnet. Lors du développement, les granules se transforment en bourgeons ; les extrémités du bâtonnet portent des houppes. Les articles plus gros sont dendritiques. L'étude microchimique montre que les granules contiennent des acides nucléiniques libres, tandis qu'on trouve dans les gaînes des nucléo-protéides. On trouve des lipoïdes libres dans les gaînes surtout, mais les lipo-protéides se rencontrent surtout dans

les granules, où les combinaisons lipoïde-albumine sont formées par un acide lipoïdique Gram + et Gram —. L'agent pathogène contient, outre des lipo-protéides solubles dans l'alcool, un lipo-protéide soluble dans l'éther, des caryo- et des plasteo-protéides et une albumine basique. Constitution chimique assez différente de celle du bacille tuberculeux.

Culture et inoculation aux animaux sont restées jusqu'ici infructueuses.

Le traitement spécifique n'a pas pu, de ce fait, s'employer.

Or le froid modifie la structure physique des corps albumineux. Par la neige carbonique, on obtient un refroidissement de 78°, qui détruit la gaîne protectrice du parasite et libère les granules. Grâce à une application de 3-4 secondes, le léprome est rendu accessible aux moyens de défense de l'organisme. Les corps albumineux sont détruits par les ferments protéolytiques des polynucléaires ; les lipoïdes, par les lipases lymphocytaires. Les produits de désintégration déterminent la formation de nouveaux ferments. Il en résulte la formation d'anticorps qui agissent même sur les lépromes non gelés. Le traitement comporte une séance toutes les deux semaines et porte chaque fois sur une dizaine de lépromes. Au bout de deux ans, il faut recourir à un autre mode de traitement. P. se sert de sels d'or (Solganol et Lopion). Cette chimiothérapie s'adresse alors à des parasites déjà modifiés. Il faut injecter 13 grammes de Solganol ou 25 grammes de Lopion. Après les sels d'or, les lépromes redeviennent sensibles à la neige.

Par cette méthode, P. est arrivé à guérir les manifestations cutanées, tandis que l'observation clinique et bactériologique prolongée n'a jamais montré de récidives. Les malades ont pu être renvoyés dans leur foyer. « La lèpre est devenue curable ».

L. Chatellier.

Études sur l'épithelinthérapie des ulcérations cutanées (ulcère de jambe, ulcères de décubitus, par Rayons X, vénériens) (Beiträge zur Epithelintherapie der Hautgeschwüre (Ulcera cruris, Dekubitus, Röntgenulkus, Ulcera venerea)), par J. Sellée. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 8, 21 février 1931, p. 277.

On entend par « épithélinthérapie » l'emploi d'extraits des organes atteints associés à des hormones, qui favorisent la guérison, c'est-à-dire qui renforcent la vitalité des tissus malades, en permettant le bourgeonnement et l'épithélisation. Parmi ces hormones, viennent, en première ligne, les hormones des glandes sexuelles. Il en existe d'autres. Dans les ulcères cutanés, S. a injecté, dans les veines et sous la peau, un mélange d'extraits de peau et d'hormones. On peut employer aussi ces hormones sous forme de *Pulvis epithelini* en pommade, poudre, appliquées localement, quand les injections sont contre-indiquées.

L. Chatellier.

Un cas de transmission de syphilis congénitale à la deuxième génération (Ein Fall von Ubertragung der Kongenitalen Syphilis auf die II Generation), par M. Hecht-Eleda. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 28 février 1931, n° 9, p. 309.

Fille de 8 ans, atteinte de surdité avec des réactions sérologiques nettement positives ; elle est le second enfant d'une femme de 30 ans, qui eut un autre enfant, également hérédo-syphilitique, et un quatrième mort-né, macéré. Cette mère est elle-même fille d'une mère alors âgée de 58 ans et en pleins accidents spécifiques (syphilis ulcéreuse du nez, des joues, du palais. Réactions sérologiques positives) (courte bibliographie). Ch. Audry.

Le trouble de la deuxième partie de l'urine au cours de la blennorrhagie (Die Trübung der zwerten uriaportion bei Tripper), par R. Frühwald. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 28 février 1931, n° 9, p. 312.

On admet ou bien que la deuxième partie de l'urine reste trouble en se mêlant au pus de l'urèthre postérieur, ou bien qu'il y a régurgitation dans la vessie du pus de cette partie de l'urèthre, ou bien avec V. Zeissl, que ce trouble est dû à de la cystite concomitante. F. remarque que l'urèthre postérieur ne peut pas accumuler assez de pus pour l'un ou l'autre des 2 processus. Il a fait l'examen cystoscopique de 147 malades ; 14 fois, il existait une légère congestion de toute la muqueuse vésicale. L'uréthrite postérieure limitée est rare (16 sur 40) ; habituellement, on constate de la cystite du col. F. conclut que le trouble de la deuxième partie de l'urine est dû à la cystite seule.

Ch. Audry.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur un cas d'atrophie jaune aiguë du foie après épididymite blennorrhagique (Uber einon Fall von akuter gelber Leberatrophie nach gonorrhoischen Epididymitis), par R. Chwalla. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, n° 6, 1931, p. 176.

Un homme de 27 ans ; première blennorragie compliquée d'épididymite 4 ans avant celle-ci qui, au cours du traitement, se compliqua d'une épididymite droite, un mois après le début de l'uréthrite. 15 jours après l'apparition de l'épididymite, fièvre, puis douleur hépatique, puis ictère, diarrhée, etc., mort 4 jours plus tard ; à l'autopsie, abcès enkysté de l'ancien foyer épididymaire (celui antérieur de 4 ans) ; suppuration de l'épididymite récente. Déférentite et péri-déférentite suppurée avec péritonite de voisinage ; atrophie jaune du foie. Il existe un cas semblable de Weitz : septicémie gonococcique et ictère grave.

Ch. Audry.

Posologie du spirocide (stovarsol) (Zur Dosierung der Spirozids (Stovarsols), par Oppenheim. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, n° 7, 1931, p. 224.

O. cite un certain nombre de cas d'accidents graves ou mortels dus au spirocide ou stovarsol, relevant les uns d'idiosyncrasie, les autres de posologie (érythème, fièvre, accidents cérébraux, etc.). O. recommande de ne pas dépasser 2 grammes chez l'adulte, par périodes de 3 jours, et chez le nourrisson : o gr. 08 en trois jours, en débutant par o gr. 02. Le spirocide peut aussi donner des résultats excellents en cas de pemphigus ; mais il ne faut pas le donner aux cachectiques.

Ch. Audry.

Bruxelles Médical.

A propos d'un cas d'érythrodermie exfoliatrice post-bismuthique, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 11e année, no 14, 1er février 1931, p. 389.

Rares sont les accidents cutanés dus à l'usage du bismuth. B. en publie une nouvelle observation. L'auto-hémothérapie a donné dans ce cas des résultats étonnamment rapides. Il note l'excellent effet désensibilisant de l'hyposulfite de soude.

H. Rabeau.

Syphilis du col de l'utérus, par J. J. Puente (Buenos-Ayres). *Bruxelles Médical,* 11e année, no 15, 8 février 1931, p. 408, et 15 février 1931, p. 440.

Excellente revue générale sur les lésions du col de l'utérus dues à la syphilis à ses diverses périodes et leur diagnostic différentiel.

H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Le métabolisme basal dans les dermatoses (El métabolismo basal en las dermatosis), par Laureano Solla Casalderrey. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 2, novembre 1930, p. 69.

La détermination du métabolisme basal dans les dermatoses révèle l'existence de désordres endocriniens qui cliniquement passeraient inaperçus.

L'auteur utilise l'appareil de Benedict, modifié par Boulitte et considère comme chiffres normaux ceux qui sont compris entre + 10 et — 10.

Les recherches portent sur 300 malades atteints de dermatoses diverses. 56 o/o d'entre eux présentent des troubles des échanges organiques.

Sur 35 cas d'acné, le métabolisme basal est normal chez 14 sujets, augmenté chez 3 et diminué chez 18.

Sur 58 cas d'eczéma, le métabolisme basal est normal dans 22, augmenté dans 15 et abaissé dans 21.

On le trouve abaissé chez 3 ichtyosiques sur 4. Chez le quatrième, il est de + 19, mais le malade présente un goitre. On peut dire que les sujets atteints d'ichtyose sont habituellement hypothyroïdiens. D'autre part, le rétablissement de la fonction thyroïdienne influe favorablement sur cette affection.

Dans la pelade, le métabolisme basal est abaissé chez la plupart des malades étudiés. Un sujet, ayant un métabolisme basal de — 26, présente une pelade décalvante depuis 3 ans. Un traitement prolongé par la thyroïdine, combiné à la photothérapie, donne un bon résultat, alors que la photothérapie seule s'était montrée complètement inefficace.

Dans l'urticaire, les chiffres sont habituellement élevés. Les malades sont souvent hyperexcitables, inquiets, dorment mal, ont un dermographisme accentué et un tonus sympathique élevé.

Les tuberculoses cutanées donnent des chiffres très variables, mais assez voisins de la normale.

Sur 22 psoriasiques, 10 ont un métabolisme normal. Il est augmenté chez 4 et faible chez 8. Cette affection paraît avoir une faible influence endocrino-sympathique.

Le métabolisme basal est habituellement abaissé dans les dermatoses bulleuses (maladie de Dühring, pemphigus, etc.).

Comme conclusion générale, dans les dermatoses vaso-motrices, avec érythèmes intenses et amincissement de la peau, le métabolisme basal tend généralement à s'élever ou reste à la limite supérieure de la normale, tandis que dans les dermatoses avec épaississement de la peau (sclérodermie, hyperkératoses, etc.) et de faible réaction angioneurotique, le métabolisme basal est diminué ou dans les limites inférieures à la normale.

S'il est inutile en dermatologie de recourir au métabolisme basal pour l'établissement d'un diagnostic, sa détermination est nécessaire par l'institution d'une thérapeutique opportune et efficace.

L'auteur a souvent vérifié ce fait qu'après la guérison de la dermatose, le métabolisme redevient normal.

J. Margarot.

Contribution à l'étude de la maladie de Schamberg (Contribucion al estudio de la enfermedad de Schamberg), par J. S. Covisa et J. Gay Prieto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 2, novembre 1930, p. 89, 8 fig.

La maladie de Schamberg était inconnue en Espagne jusqu'à la publication de Salaverri. J. S. C. et J. G. P. ont observé 3 cas de cette affection :

Les biopsies montrent l'existence d'une infiltration cellulaire dans le derme papillaire, dans la partie supérieure du derme sous-papillaire, où elle se présente essentiellement sous la forme d'une bande et plus profondément, autour des glandes sudoripares et des follicules pilosébacés. Les cellules qui constituent cette infiltration sont presque exclusivement des lymphocytes et des fibroblastes jeunes.

Au niveau des points où l'infiltrat cellulaire est le plus dense on trouve de nombreux capillaires néoformés et quelques-uns de ces derniers légèrement dilatés sont remplis d'hématies.

La prolifération de la tunique interne arrive en certains points à oblitérer complètement la lumière du vaisseau.

L'épiderme est sensiblement normal ou légèrement œdématié avec quelques points de parakératose ou d'atrophie.

On trouve en abondance des granulations fines d'hémosidérine, phagocytées par les cellules du système réticulo-endothélial.

Le nombre des globules rouges et la formule leucocytaire sont sensiblement normaux, mais le nombre des plaquettes est très diminué. Il existe un retard de la coagulation et un retard ou une diminution de la rétractilité du caillot.

La cholestérinémie est élevée dans deux cas.

Les auteurs classent la maladie de Schamberg à côté du purpura chronique de Majocchi, dans le groupe des diathèses hémorragiques chroniques (hémogénies).

Ils estiment, d'autre part, que l'existence d'hémosidérine constamment phagocytée par les cellules réticulo-endothéliales crée certaines analogies entre cette affection et les maladies de Gaucher et de Pick et qu'on pourrait, comme le demande Diss, considérer ces divers états morbides comme de véritables réticulo-endothélioses.

J. Margarot.

Traitement de l'arthrite gonococcique. Sérothérapie spécifique intraveineuse (Tratamiento de la artritis gonococcia. Seroterapia especifica intravenosa), par Antonio Peyri et R. Campos. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 2, novembre 1930, p. 103.

A. P. et R. C. passent en revue les différents traitements préconisés dans l'arthrite gonococcique et arrivent aux conclusions suivantes :

1° Les moyens physiques sont parfois palliatifs, mais peu sûrs, longs et coûteux. Ils doivent être rejetés.

2° Les traitements chirurgicaux ont leur indication dans les formes phlegmoneuses et sont égalcment justifiés lorsqu'il s'agit de corriger des lésions déjà réalisées (exostoses, ankylose, etc.).

3° La vaccinothérapie, utilisée seulement par la voie hypodermique, trouve son emploi dans les formes arthralgiques pures. Elle est contre-indiquée dans les formes septicémiques par suite de la possibilité d'une phase négative post-vaccinale.

4° L'acridinothérapie, par sa technique très simple, par la modicité de son prix de revient doit être essayée dans les arthrites aiguës récentes et céder la place au traitement suivant si deux ou trois injections ne donnent pas de résultats évidents.

5° La sérothérapie spécifique intraveineuse est indiquée dans tous les cas d'arthrite et de septicémie gonococcique. Ses résultats sont excellents à la condition d'utiliser la voie veineuse. L'injection doit être faite lentement, et le sérum dilué.

Les accidents sériques ne sont pas graves si l'on suit la technique indiquée et qu'en cas d'incident, on suspende l'injection et on administre de l'adrénaline.

La crise congestive est le plus habituel des accidents. Elle est toujours précédée de douleurs lombaires.

Les accidents sériques tardifs les plus fréquents sont les arthralgies et les érythèmes. Ils sont toujours précédés d'une grande élévation thermique, tandis que l'injection de sérum s'accompagne d'une réaction fébrile moyenne d'un degré environ, d'une durée de quelques heures. Ils cèdent rapidement au chlorure de calcium.

6° Pour conclure, en présence d'une arthrite ou d'une septicémie gonococcique, les seules méthodes à employer sont, soit l'acridinothérapie, dont l'essai ne doit pas durer plus de quelques jours, soit la sérothérapie intraveineuse. Les autres traitements sont tout au plus palliatifs. J. Margarot.

Le chlorydrate d'acétylcholine dans le traitement des ulcères variqueux (El chlorhidrato de acetilcolina en el tratamiento de las ulceras por varices), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 2, novembre 1930, p. 119.

Neuf observations conduisent l'auteur à une conclusion qui n'est pas favorable à l'action de l'acétylcholine sur les ulcères variqueux. Il oppose ces résultats aux guérisons qu'il obtient dans 65,50 o/o des cas au cours du premier mois de traitement en utilisant la lame de plomb.

J. Margarot.

Dermite livédoïde et nécrotique due à une embolie artérielle bismuthique (Dermitis livedoide y necrotica debida a une embolia arterial bismutica), par J. Gay Prieto. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 2, novembre 1930, p. 123, 4 fig.

Un syphilitique de 32 ans ressent après une injection intramusculaire de bismuth une sensation plus désagréable que d'habitude. Une dizaine de minutes après, il éprouve une douleur très vive le long du membre inférieur droit, empêchant presque tout mouvement. Il se voit obligé de garder le lit.

Deux jours après l'accident, on trouve la fesse droite légèrement tuméfiée et couverte d'arborisations livédoïdes. Les unes sont de couleur rouge sombre purpurique. A leur surface, une légère pression détache facilement l'épithélium ; les autres, de couleur rouge plus claire, s'atténuent quelque peu par la vitro-pression, mais ne disparaissent pas complètement.

Tout le long du trajet du sciatique existe une violente douleur à la pression. Le signe de Lasègue est positif.

Ultérieurement, la sciatique s'améliore mais on trouve une paralysie atonique des muscles de la face antérieure et externe de la jambe, c'est-à-dire de ceux qui sont innervés par le sciatique poplité externe.

Une biopsie montre un épiderme partiellement soulevé. La couche basale reste adhérente au derme. Le contenu de ces éléments bulleux sans existence clinique est presque exclusivement séreux. Toutes les cellules épithéliales se colorent mal. Dans beaucoup d'entre elles, on ne distingue pas le noyau.

En résumé, il s'agit d'altérations de type nécrotique. Dans la partie superficielle du derme, les vaisseaux sont dilatés. Il existe une légère infiltration péri-vasculaire du type lymphoïde. On trouve quelques hématies, dans les couches les plus superficielles du derme.

Les glandes sébacées présentent en leur centre des lésions nécrotiques. Les auteurs n'ont pu vérifier l'existence d'abcès analogues à ceux qui ont été décrits par Freudenthal et Nicolau.

Dans les artères situées plus profondément, on trouve quelques embolies de couleur sombre. La plupart sont amorphes. Quelques-unes ont une texture légèrement granuleuse. Les réactions chimiques démontrent la nature bismuthique de ces boudins intravasculaires.

Les douleurs à type de sciatique et la paralysie du poplité externe peuvent s'expliquer par un mécanisme vaso-moteur ou par des lésions névritiques secondaires à l'ischémie.

Il est difficile de donner la raison de la période de latence qui, dans quelques observations, existe entre le moment de l'injection et le commencement du syndrome. L'auteur accepte l'hypothèse de Freudenthal. Dans quelques cas, l'injection se dépose en totalité ou en partie dans la paroi artérielle. Au bout d'un certain temps, le dépôt métallique finit par perforer la paroi, donnant lieu à un brusque accident embolique. J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

L'allergie cutanée en dermatologie. Sa vérification. Son interprétation. Sa valeur diagnostique ; 3e mémoire (La alergia cutanea en dermatologia. Su comprobacion, interpretacion y valor diagnostico ; Tercera Memora) par Eduardo de Gregorio y Garcia Serrano. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 64, janvier 1931, p. 203.

Dans les deux mémoires précédents, E. de G. et G. S. ont étudié les intradermo-réactions qui démontrent l'existence d'un état allergique dans le chancre mou et dans la blennorragie.

Un troisième mémoire, consacré à la lymphogranulomatose inguinale subaiguë, permet de conclure que l'intradermo-réaction de Frei est de nature à faciliter beaucoup le diagnostic de cette affection.

On injecte dans le derme du sujet du pus prélevé dans un ganglion suppuré après l'avoir dilué dans 5 à 10 fois son volume de sérum physiologique et chauffé à 60°, pendant deux heures le premier jour et une heure le jour suivant.

Les résultats fortement positifs se caractérisent par l'apparition, au bout de 48 heures, d'une papule rouge vif, indurée et infiltrée, de 1 à 2 centimètres de diamètre et entourée d'une auréole rouge de couleur moins vive, avec parfois au bout de 4 ou 5 jours une vésico-pustule. Ils ont une valeur absolue.

Par contre, les réactions moins fortement positives ou faibles ont une signification moins précise. Elles peuvent se rencontrer chez des

malades atteints de lésions ganglionnaires diverses, syphilitiques ou vénériennes. On doit confronter les résultats de l'inoculation dermique avec les données de l'examen clinique et apporter la plus grande réserve dans leur interprétation. J. MARGAROT.

Mélanose de Dubreuilh (Melanosis de Dubreuilh), par CORTES. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 64, janvier 1931, p. 223, 1 fig.

Une malade de 67 ans présente depuis quelques années une tache non douloureuse qui a foncé progressivement jusqu'à devenir presque noire.

Il y a quelque temps, une petite tumeur s'est développée sur cette tache. Il s'agit de la dégénérescence épithéliomateuse d'une mélanose précancéreuse de Dubreuilh. J. MARGAROT.

Adénome sébacé symétrique de la joue (Adenoma sebaceo simetrico de la cara), par Cabre CLARAMUNT. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 64, janvier 1931, p. 225.

Cas typique d'adénome sébacé symétrique de la face.

Par sa coloration, par les antécédents familiaux et héréditaires du malade, par la coexistence des petites tumeurs avec d'autres nævi, il appartient au type Pringle.

Par contre, son aspect histologique est celui du type Balzer-Ménétrier. J. MARGAROT.

Considérations sur un cas de mal perforant plantaire (Consideraciones sobre un caso de mal perforante plantar), par Jaime PEYRI. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 64, janvier 1931, p. 228.

Un homme de 46 ans, alcoolique, présente un mal perforant plantaire qui ne peut être rattaché ni à un tabès ni à une maladie de Hansen. Il s'agit d'un cas de mal perforant plantaire de nature idiopathique ou apparemment idiopathique. J. MARGAROT.

Angiome caverneux monstrueux. Guérison par les radiations ultra-pénétrantes du radium (Angioma monstruoso cavernoso. Curacion por las radiaciones ultrapenetrantes del radium), par NOGUER MORE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 64, janvier 1931, p. 229.

Un énorme angiome caverneux de la partie moyenne de la nuque, recouvrant la région occipitale et sous-occipitale, ne présente pas un aspect mamelonné et inégal et ne donne pas à la palpation la sensation de pelotes de cordons entrelacés.

Le diagnostic se fonde sur la coloration rosée de la peau, laissant transparaître des taches bleu foncé, sur l'existence de zones légèrement réductibles à la pression dans la dureté de la masse et sur la présence d'un petit hémangiome capillaire typique en un point de la masse tumorale.

La radiothérapie ultra-pénétrante, répétée à plusieurs mois d'intervalle, amène la guérison. J. MARGAROT.

Conseils sur traitement du lupus et des tuberculoses cutanées (Consejos sobre el tratamiento del lupus y tuberculosis cutaneas), par José M. Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 64, janvier 1931, p. 234.

L'histoire clinique de quelques cas de lupus et de tuberculose cutanée met en évidence les heureux résultats obtenus avec la méthode de Finsen. J. Margarot.

Danger des hémorragies dans les nævi caverneux (Peligros de las hemorragias en los nevus cavernosos), par Jaime Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 64, janvier 1931, p. 235.

Les nævi caverneux donnent des hémorragies, soit par nécrose de certains éléments de la superficie, soit par suite d'un traumatisme.

Une statistique de 5 cas permet à J. P. de conclure qu'en présence d'un accident de cette nature, le traitement par le radium est le seul qui doive être institué. J. Margarot.

Trophœdème symétrique et congénital de Meige (Trofœdema simetrico y congenito de Meige), par Antonio Carreras. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 64, janvier 1931, p. 235.

Une fillette de 10 ans présente depuis sa naissance un œdème symétrique des extrémités inférieures, allant du dos des pieds au creux poplité. L'œdème est dur, légèrement dépressible, sans modification appréciable de la couleur ni de la température de la peau.

L'origine de ce trophœdème est inconnue. On ne trouve chez l'enfant ni bacillose actuelle, ni lésion du rachis lombaire ou sacré, ni troubles endocriniens. Un traitement thyroïdien intense n'a donné aucun résultat. J. Margarot.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Traitement et prophylaxie de la stomatite bismuthique par les arsénobenzols et l'argent colloïdal, par Guido Bracchetti. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 403, 6 fig.

L'auteur rappelle que, si la stomatite bismuthique est en général bénigne, elle peut cependant parfois entraîner de graves complications : adéno-phlegmons du cou, angine de Ludwig, ostéomyélite du maxillaire, gastro-entérite, broncho-pneumonie, gangrène pulmonaire, etc... Ce n'est donc pas une affection à négliger.

B. passe en revue les différents traitements qui ont été préconisés et dont la multiplicité même démontre bien qu'il n'y en a pas un dont l'efficacité soit telle qu'il ait pu s'imposer. En réalité, la stomatite bismuthique est plutôt tenace et guérit plutôt lentement.

Aussi n'est-il pas superflu d'essayer de nouvelles méthodes et B. en présente une autre, qui associe l'emploi de l'arsénobenzol et des métaux

colloïdaux ; ces derniers, en outre de leur action antiseptique, exercent une action stimulante et excitante sur les leucocytes et sur les sécrétions.

L'auteur a utilisé un produit désigné sous le nom d'*Arscolloid*, mélange d'arsénobenzol et d'argent colloïdal. Il existe sous deux formes : solution et pâte dentifrice.

Avec la solution diluée dans l'eau, on prend des bains de bouche, avec la pâte, brossage des dents.

Au bout de peu de jours de traitement, soulagement net des troubles subjectifs, amélioration de l'état général de la bouche, diminution des infiltrations œdémateuses, tendance à la disparition du liseré gingival. Une stomatite Bi de moyenne intensité guérit en deux semaines par cette méthode. L'auteur rapporte 21 observations de stomatites guéries par ce procédé, accompagnées de nombreuses planches histologiques où l'on voit notamment la diminution très nette de l'infiltration leucocytaire de la muqueuse sous l'influence du traitement.

BELGODERE.

Sur un cas peu commun de sarcomatose cutanée (Observation clinique et anatomo-pathologique), par Antonio MARRAS. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 418, 8 fig. Bibliographie.

M. fait remarquer que, depuis la première description en 1870, de la sarcomatose de Kaposi, cette affection n'a pu être définie par des caractères tout à fait nets qui puissent permettre de la différencier des formes similaires. Perrin, en 1886, a proposé une classification en deux types : 1) type à début initial symétrique sur les extrémités des membres se diffusant par la suite plus particulièrement sur les membres : ce type est constitué au début par des éléments arrondis, qui deviennent ensuite ovalaires, puis fusiformes ; 2) type à début indifférent sur un point quelconque du corps, avec multiplication des tumeurs plus ou moins rapide régionale ou à distance ; la forme histologique dans ce cas est *globo-cellulaire*. Mais entre ces deux types, il y a beaucoup de cas hybrides et Perrin lui-même conclut qu'il y a autant de variétés que de cas étudiés.

M. rapporte très en détail l'observation d'un malade de 55 ans, atteint de sarcomatose de Kaposi qui, cliniquement, appartiendrait au second type Perrin. Début par une tumeur isolée de la cuisse, multiplication de ces tumeurs de volume variable, les unes ne faisant aucune saillie, perceptibles seulement à la palpation, les autres faisant une saillie du volume d'une noisette ou d'une noix, d'autres grosses comme un œuf. Couleur de la peau normale sur les petites tumeurs, plus ou moins rouge ou violacée sur les grosses. Peau mobile sur les petites tumeurs, adhérente sur les grosses.

Dépérissement, cachexie, mort du malade, sans doute par invasion viscérale (pas d'autopsie).

M. discute le diagnostic avec : sarcoïde sous-cutanée, gomme scrofu-

leuse, érythème induré, gomme syphilitique, gommes mycotiques, actinomycose, cysticerques, morve, lèpre, mycosis fongoïde.

Il s'agit donc bien sans aucun doute d'un cas de sarcomatose cutanée, mais on a décrit sous ce nom des affections assez diverses au point de vue clinique et anatomo-pathologique qui n'ont entre elles qu'un caractère commun : être caractérisées par des néoformations conjonctives qui assument l'aspect et la forme de tumeurs.

Or, le cas rapporté par M. s'écarte au point de vue clinique, aussi bien de l'un que de l'autre des deux types distingués par Perrin. Toutefois ce sont ceux du second type qui l'emportent, de sorte qu'il peut être classé comme un *sarcome généralisé simple, sans pigment, type Perrin.*

Mais, au point de vue histologique, ce type est habituellement un sarcome *globo-cellulaire*, tandis que le cas de M. était, au contraire, nettement *fuso-cellulaire* : les éléments de prolifération étaient représentés par des cellules fusiformes plutôt petites et intimement intriquées entre elles. Il y avait bien aussi quelques cellules rondes, mais en très petit nombre et sous forme d'éléments isolés.

En outre, on constatait la présence de zones où les éléments présentaient des altérations régressives consistant dans un ratatinement, fragmentation et lyse du noyau, de sorte qu'il ne persistait plus dans ces zones qu'un réseau de cordons conjonctifs dont les mailles contenaient une substance amorphe homogène provenant vraisemblablement de la nécrobiose des éléments néoplasiques. Ce sont là encore des caractères qui n'appartiennent pas à la sarcomatose du type Perrin.

On voit donc que le cas rapporté par M. confirme bien l'opinion de Perrin, qu'il y a autant de types différents que de cas étudiés.

BELGODERE.

Recherches sur des cobayes non inoculés avec le filtrat d'organes tuberculeux, par E. TARANTELLI. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 437.

A plusieurs reprises, T. avait constaté, en faisant des coupes sur des cobayes non inoculés avec des produits tuberculeux, la présence de ganglions péri-bronchiques plus ou moins augmentés de volume, et la présence de follicules spléniques également hypertrophiés.

On conçoit l'importance de semblables constatations au point de vue de l'interprétation des résultats d'inoculation et de la valeur des signes qui sont habituellement considérés comme une preuve de positivité de l'inoculation.

Aussi, l'auteur a-t-il entrepris des recherches à ce point de vue sur une série de cobayes préalablement soumis aux épreuves suivantes, qui furent toutes négatives : ophtalmo-réaction, réaction de Vernes à la résorcine, réaction de Besredka.

Il aboutit aux conclusions suivantes :

Même chez les cobayes considérés comme normaux, n'ayant jamais été inoculés par d'autres substances ou par des microbes, on peut ren-

contrer indépendamment de l'infection par l'ultra-virus, les faits suivants :

1° présence de ganglions hypertrophiques péri-bronchiques avec réaction, inconstante et légère, du tissu réticulo-endothélial ;

2° présence de follicules spléniques plus ou moins accentués avec réaction tissulaire consistant dans de l'hyperplasie folliculaire et une légère excitation du système réticulo-endothélial (splénocytes et cellules endothéliales des sinus veineux) ;

3° présence de nids lymphocytaires dans les parties distales du poumon et amas de lymphocytes bien conservés autour des vaisseaux et des bronches.

On rencontre aussi, dans le poumon, avec une certaine fréquence, une desquamation plus ou moins accentuée de l'épithélium alvéolaire et chute de ce même épithélium dans la lumière des alvéoles. Les altérations susdites des poumons, de la rate et des ganglions se rencontrent le plus souvent chez des cobayes adultes. Mais cependant on n'y rencontre jamais (du moins d'après les recherches de l'auteur) de formes bacillaires ou de granulations acido-résistantes.

Belgodere.

Granulosis Rubra Nasi (Contribution clinique et étio-pathologique), par N. Bagnoli. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 442, 2 fig. Bibliographie.

Cette affection a été décrite pour la première fois en 1901 par Jadasohn, sous le nom de *dermatis micropapulosa, erythematosa, hyperidrotica nasi infantum*, dénomination qui en résume assez bien les caractères. Ceux-ci consistent, en effet, essentiellement en : hyperidrose, transsudation de la sueur sous forme de gouttelettes qui se reproduisent sans cesse ; rougeur diffuse plus ou moins intense ; petites papules miliaires roses ou rouges, quelquefois aplaties ; d'une manière moins constante on observe aussi l'hydrocystome et les télangiectasies. Les lésions sont limitées en général au nez, mais peuvent envahir presque toutes les parties de la face et aussi la paume des mains et la plante des pieds. Cette affection s'observe presque toujours chez des enfants, mais parfois aussi chez des adultes. Presque toujours, il s'agit de sujets à circulation défectueuse avec acrocyanose et engelures.

Histologiquement, d'après Jadassohn : épithélium normal, dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques accompagnée de réactions inflammatoires. Glandes sudoripares normales ; dilatation des conduits excréteurs.

B. a eu l'occasion d'étudier un cas de *granulosis rubra nasi* chez une jeune fille de 22 ans et il en rapporte l'observation, qui correspond bien aux caractères que nous venons d'indiquer. L'évolution a été assez lente, avec alternatives d'amélioration et de récidives. Diagnostic différentiel avec : acné, rosacée, lupus érythémateux, eczéma chronique, acné vulgaire, etc....

Le point le plus discuté de l'histoire de cette affection, c'est son étiopathogénie.

Dans la littérature surtout récente, on a insisté surtout sur les rapports de la *granulosis rubra nasi* avec la tuberculose. Brocq et Jadassohn avaient déjà remarqué qu'on l'observait surtout chez des enfants à habitus scrofuleux. Ritter, dans un cas où elle coexistait avec des tuberculides obtint, au moyen d'injections de tuberculine, la guérison des tuberculides d'abord et de la *granulosis rubra nasi* ensuite. Il s'agirait donc en somme d'une tuberculide.

D'autres, comme Falchi, ont eu l'attention attirée surtout par les altérations des glandes sudoripares et par la cyanose, et ils pensent plutôt à des altérations fonctionnelles d'origine endocrinienne.

En somme, pathogénie encore obscure et pour laquelle aucune des théories proposées n'est à l'abri de toute critique ; c'est ainsi que la coexistence du terrain scrofuleux n'est pas constante ; de même, les troubles circulatoires et sécrétoires sont très variables.

B. pense, pour sa part, que la *granulosis rubra nasi* doit être considérée comme l'expression de diverses causes internes (déséquilibre endocrino-sympathique) chez des sujets qui présentent en même temps comme facteurs prédisposants des conditions spéciales de la circulation périphérique et il pense que c'est dans ce sens que doivent être orientées les recherches pour résoudre ce problème pathogénique.

Traitement : ce qui réussit le mieux, ce sont les applications légères de rayons X. On a utilisé aussi, avec des résultats variables, les rayons ultra-violets, la finsenthérapie, le cryocautère, les scarifications. Les pommades donnent des résultats moins satisfaisants.

Belgodere.

Sur le traitement de la fausse botryomycose humaine au moyen des arséno-benzols (par la voie interne et en applications locales), par R. Casazza. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 453, 14 fig. Bibliographie.

C. passe en revue les multiples traitements qui ont été préconisés contre la fausse botryomycose humaine : excision, ligature, curetage, cautérisations, neige carbonique, rayons ultra-violets, rayons X, galvanocautère, radium, diathermo-coagulation, injections de bleu de méthylène, acide trichloracétique, etc....

Enfin, plus récemment, Gouin et Pouzin ont signalé de brillants résultats par les injections intraveineuses d'arsénobenzol. Cette méthode présente non seulement un intérêt pratique, mais aussi un intérêt théorique ; elle peut éclairer la nature encore discutée de la fausse botryomycose humaine et servir de base à une pathogénie granulomatoso-spirillaire.

C. rapporte tout d'abord une série de 11 cas, observés ces dernières années, qui ont été traités, soit par l'ablation chirurgicale, soit par la diathermo-coagulation, soit par ces deux méthodes combinées et les résultats ont été excellents.

Dans 3 autres cas, observés plus récemment, il a employé les injections intraveineuses et l'administration orale d'arsénobenzol et il a eu 3 échecs. Dans un quatrième cas, le traitement arsénobenzolique intraveineux réussit, mais justement, dans ce cas-là, il semble, en raison de certains caractères cliniques et histologiques, qu'il ne s'agissait pas de fausse botryomycose humaine mais d'une lésion particulière, récemment décrite par Gougerot sous le nom de *Verrucome avec adénite, à structure épithéliomatiforme, curable par le 914.*

Par contre, dans 4 cas, l'auteur a utilisé les applications locales d'arsénobenzol, avec plein succès. Il appliquait une sorte de pommade, faite d'un mélange de vaseline et d'une solution de néojacol, et recouvrait d'un pansement ; il se formait, à la surface de la petite tumeur, une croûte noirâtre dure, la tumeur se ratatinait et finissait par disparaître.

L'action destructrice, anti-tumorale de l'arsenic est du reste connue, mais C. ne pense pas que dans ce cas, ce soit cette action qui entre en jeu, car les divers traitements par cautérisations chimiques ont en général donné des résultats peu satisfaisants. Il s'agirait plutôt d'une action élective.

Au point de vue étiopathogénique, C. est d'avis que, d'après les caractères histologiques, la fausse botryomycose humaine devrait se rattacher aux tumeurs, mais au point de vue clinique, certains caractères seraient en faveur d'une étiologie infectieuse (par exemple, ses 5 derniers cas ont été observés en quelques semaines, comme s'il s'agissait d'une petite épidémie). Il conclut donc que la fausse botryomycose humaine occupe une position intermédiaire entre le granulome et les tumeurs.

BELGODERE.

Sclérodermie en bandes avec infiltrations cutanées nodulaires et sclérodactylie avec syndrome de Raynaud (signification des altérations vasculaires dans la pathogénie de la sclérodermie), par G. SANNICANDRO. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 468, 2 fig. Bibliographie.

La pathogénie du syndrome sclérodermique, malgré les nombreux travaux qu'il a suscités, n'a pas encore reçu de solution satisfaisante. D'une manière générale, on s'accorde à classer la sclérodermie parmi les troubles vaso-moteurs trophiques. Mais on lui a reconnu deux sortes de lésions : a) *vasculaires*, consistant en hypertrophie des fibres musculaires lisses de la tunique moyenne des artères, suivie d'une endoartérite fibreuse ; b) *interstitielles*, consistant en hypertrophie et épaississement des fibres collagènes et élastiques avec néoformation fibroblastique (manchon péri-vasculaire d'éléments lymphocytaires). Ces deux processus n'évoluent pas de façon parallèle ; l'altération conjonctive peut dominer sur certains points, et ailleurs les altérations vasculaires, même sur des points où il n'y a pas de sclérodermie.

S. entreprend dans le présent travail une critique de cette théorie vasculaire, en prenant comme base de discussion deux cas qu'il a obser-

vés et dont il rapporte très en détail les observations : l'un de sclérodermie en bandes avec infiltrations cutanées nodulaires siégeant dans les zones sclérodermiques, l'autre de sclérodactylie avec syndrome de Raynaud.

L'intérêt du premier de ces deux cas tient surtout à la systématisation des bandes sclérodermiques qui ne correspond ni aux territoires de distribution des nerfs et des vaisseaux périphériques, ni à une myéloradiculo-métamérie ; en outre, le second caractère important est la présence, au milieu des zones sclérodermiques, d'infiltrats cutanés nodulaires à siège dermo-épidermique, de couleur rouge bleuâtre, de consistance molle élastique, indolents à la pression, quelques-uns ulcérés avec un fond recouvert d'un léger exsudat séro-purulent, à bords non déchiquetés ni infiltrés qui, cliniquement, faisaient penser à la tuberculose ou à la syphilis. L'examen histologique de ces nodules d'infiltration montra que leur structure était identique en tous points à celle du *lilac ring* de la bordure des zones sclérodermiques, c'est-à-dire qu'on y constatait une mésovascularite avec endo-artérite oblitérante et infiltrations péri-vasculaires parvi-rotondo-cellulaires, sans cellules géantes ou épithélioïdes.

Pour ce qui concerne le second cas, celui de sclérodactylie, avec syndrome de Raynaud, S. pense que les phénomènes vaso-moteurs paroxystiques et la nécrose sont secondaires à l'altération tissulaire conjonctive. Il est en effet prouvé que les produits de métabolisme intermédiaire (choline, histamine, etc.), exercent une action très nette sur les capillaires peut-être par l'intermédiaire des terminaisons nerveuses du système végétatif.

On a voulu faire intervenir, dans la pathogénie de la sclérodermie, le système endocrinien ; on a incriminé surtout, à ce point de vue, les troubles du métabolisme du calcium, mais jusqu'ici les recherches entreprises dans ce sens n'ont abouti à aucun résultat précis.

Pour d'autres (Bettmann, Freund), la sclérodermie en bandes pourrait être classée parmi les nævi systématisés ; cette systématisation ne correspond ni aux lignes de Voigt, ni à une distribution métamérique médullaire.

Elle correspondrait plutôt à une « génodermatose », c'est-à-dire à une distribution suivant la théorie du *changement dans l'état du plasma germinal* selon les conceptions de Meirowsky, par lesquelles cet auteur a voulu expliquer certaines anomalies et maladies de la peau.

BELGODERE.

Sur le régime déchloruré dans le lupus vulgaire, par Leopoldo BERETVAS. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. 6, fasc. 5, février 1931, p. 494. Bibliographie.

En Allemagne, à Yassel-Wilhemshohe, un « simple » médecin, c'est-à-dire un médecin sans bouton de cristal, Gerson, s'est acquis une grande renommée par les résultats thérapeutiques qu'il obtient au

moyen d'un régime spécial, dit « régime gersonien » qui consiste essentiellement dans : la suppression du sel des aliments, la suppression presque complète de la viande, l'usage abondant des légumes crus, la limitation des hydrates de carbone. Ce régime est basé sur ce principe théorique que la civilisation a perverti l'homme, qui, au lieu de suivre l'exemple des animaux et de l'homme primitif, qui se nourrissaient d'aliments à l'état naturel, altère ces aliments en les faisant bouillir, en les cuisinant de diverses manières. Les notions récentes sur les vitamines semblent apporter un appui à ces conceptions. En somme, la thèse de Gerson se résume ainsi : il ne s'agit pas de détruire les germes, il s'agit de devenir forts et alors l'organisme luttera contre eux et les empêchera de devenir pathogènes.

Jesionek, le dermatologiste de Giessen, a eu la curiosité d'essayer ce traitement, sinon d'une manière complète, du moins en ce qui concerne la suppression du sel, dans son Institut pour le traitement du lupus. Il a obtenu des résultats surprenants : presque tous les malades ont été guéris, il y a eu très peu de récidives et cela, *sans associer à ce traitement diététique aucun traitement local.*

Par quel mécanisme peuvent s'expliquer ces résultats ? On voit, chez les malades soumis à ce traitement l'infiltration lupique disparaître sans aucune réaction, ou bien elle est précédée d'une légère réaction inflammatoire. Jesionek pense que, sous l'effet du traitement, les humeurs des tissus commencent à développer une qualité qu'ils ne possédaient pas tout d'abord, c'est-à-dire une grande affinité pour le tissu lupique. La diversité dans la réaction par laquelle le tissu lupique répond à cette affinité réveillée des humeurs, c'est-à-dire l'apparition ou non d'une réaction hyperémique dépend de la présence ou non de bacilles dans le foyer tuberculeux : cette réaction est causée par les endotoxines des bacilles détruits.

La durée du traitement est très variable : un an en moyenne ; les variations semblent tenir à des différences constitutionnelles, d'où dépend la plus ou moins grande aptitude de l'organisme à élaborer des substances tuberculin-affines et tuberculolitiques.

B. a voulu se rendre compte par lui-même de ces résultats, et il a soumis un certain nombre de lupiques au régime déchloruré. Les résultats ont été simplement « stupéfiants », tellement « impressionnants » qu'il ne peut comparer l'impression qu'il a ressentie qu'à l'admiration provoquée il y a 20 ans, lors des premiers résultats du 606 sur les accidents de la syphilis. Et il conclut donc sans réserves : *le lupus guérit par le régime déchloruré*, sans qu'il soit nécessaire d'y associer aucun traitement local.

BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution aux anomalies de la sécrétion interne dans la maladie de Recklinghausen, par B. A. ROUSSAKOWA (Kief). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou)*, t. IX, n° 1, janvier 1931, pp. 2-9.

L'auteur remarque tout d'abord que les observations de cas de maladie de Recklinghausen deviennent de plus en plus fréquentes et que les descriptions relèvent de plus en plus souvent les trouvent endocriniens à tel point que certains savants proposent de considérer comme formes frustes les cas sans anomalies endocrines. Après avoir passé en revue le rôle du système nerveux végétatif et celui des glandes à sécrétion interne, l'auteur rapporte un cas personnel de polyfibromatose neuro-cutanée pigmentaire.

Il s'agit d'une paysanne de 22 ans, sans antécédents héréditaires, collatéraux ni personnels particuliers. Depuis la naissance, la malade a présenté des tumeurs et des taches pigmentaires qui augmentaient progressivement. A l'âge de 18 ans, céphalées tenaces et vomissements ; en même temps, affaiblissement de l'acuité visuelle de l'œil droit qui est presque nulle actuellement. L'œil gauche a une vue diminuée. La malade est assez grande et grosse, ses membres supérieurs et inférieurs sont longs ; adiposité exagérée. Transpiration diminuée. Les tumeurs cutanées sont environ au nombre de 80, de grandeur variée, molles, flasques ; en outre, on trouve des nævi fibromateux. Les cheveux sont rares, secs, ternes, friables, cassés. Les ongles sont gris ou gris foncé, secs, friables, rayés, ne contenant aucun parasite. Rien de particulier aux organes internes. L'examen du fond de l'œil montre une atrophie du nerf optique droit. Les organes génitaux externes et internes sont en arrêt de développement, infantiles. La malade n'a jamais été menstruée. Pas de libido sexualis ; la malade est vierge. Réaction de Bordet-Wassermann négative, celle de Pirquet faiblement positive. Urines et sang, rien de particulier. La radiographie crânienne a montré une hypertrophie de la selle turcique, surtout de sa partie antérieure ; celle des os a décelé des modifications acromégaliques du squelette. L'histologie d'une pièce biopsique d'une des tumeurs a permis de constater sa structure de fibrome mou. Le psychisme de la malade est normal. Il s'agit donc ici d'un cas de neuro-fibromatose cutanée pigmentaire avec tumeur de l'hypophyse ayant comprimé le chiasma ou le nerf optique. Le syndrome dysglandulaire est congénital dans ce cas et doit être considéré non comme une coïncidence ou une complication, mais comme faisant partie de la maladie complexe qu'est celle de Recklinghausen. BERMANN.

Contribution à l'étude des trichophytides focales survenant aux régions traumatisées, par W. J. NÉKATCHALOFF (Tomsk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou)*, t. IX, n° 1, janvier 1931, pp. 10-21.

Après avoir fait une étude bibliographique et critique sur les trichophytides, leur nature allergique, leur pathogénie et étiologie, leur mode de production et d'extension, leur clinique, etc., l'auteur rapporte 2 cas personnels.

Le premier cas concerne une paysanne de 55 ans atteinte de syphilis gastrique et gommeuse. Au cours de son séjour à la clinique, la malade

a eu une pneumonie croupale qu'on a soignée par des compresses échauffantes sur la poitrine. L'endroit intéressé par ces compresses est devenu le siège d'une éruption prurigineuse qui s'est propagée à l'abdomen. Le diagnostic de trichophytie cutanée fut établi. L'examen minutieux a montré chez la malade, derrière l'oreille un foyer avec des cheveux rares et une desquamation furfuracée. Cette affection du cuir chevelu datait de la maladie et était causée par un champignon du type *trichophyton*.

Dans le second cas, il s'agit d'une fillette hérédo-syphilitique de 9 ans présentant un reliquat de kératite parenchymateuse. A l'examen du cuir chevelu, on constate des foyers alopéciques avec desquamation où l'on trouve un trichophyton. La trichophytie date de 3 ans et a été traitée seulement par des pommades. La malade a été également porteuse, bientôt après le début de l'affection, d'une éruption de taches rouges au dos qui a passé d'elle-même. Ayant reçu une injection intraveineuse de néo mal réussie et qui a laissé une infiltration périveineuse douloureuse, la malade est traitée par des compresses au coude. L'infiltration et la douleur passent, mais 9 jours après le début des soins par les compresses, l'endroit intéressé devient le siège d'une quinzaine de taches érythémateuses et érythémato-squameuses prurigineuses. Les taches augmentent de dimensions et se disséminent au dos, on y trouve le champignon. L'éruption guérit en une dizaine de jours par des topiques.

Dans les deux cas, les compresses en traumatisant la peau, ont joué le rôle d'agent provocateur des trichophytides. Dans le premier cas, l'affaiblissement de la malade âgée, dans le deuxième cas, la syphilis congénitale et le traitement spécifique, ont également joué le rôle de causes prédisposantes, en sensibilisant l'organisme envers l'infection trichophytique latente. BERMANN.

Les altérations anatomo-pathologiques du muscle, des vaisseaux et des valvules cardiaques des lapins dans la syphilis expérimentale, par K. G. IARYCHÉWA (Saratov). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (*Moscou*), t. IX, n° 1, janvier 1931, pp. 22-30, avec 4 mycrophotogrammes.

Le sujet traité par l'auteur est encore peu étudié et insuffisamment éclairé. Le présent travail rapporte les résultats des recherches pratiquées durant 6 ans sur 100 lapins syphilitiques autopsiés. Les modifications de l'aorte ayant déjà été décrites en 1928-1929, l'auteur communique ici ses observations sur l'appareil cardio-musculaire.

Sur 100 lapins atteints de syphilis expérimentale et autopsiés, les modifications du myocarde, des valvules et des vaisseaux coronaires ont été constatées dans 32 cas. Sur ces 32 cas, 22 ont été infectés par voie intrascrotale, par le virus syphilitique, 2 cas se rapportant à la syphilis congénitale, 1 cas concerne un lapin hérédo-syphilitique mort-né, 2 cas ont été infectées par voie intraveineuse par une émulsion de chancre du lapin, 2 cas ont été infectés par la voie intrascrotale par du foie de fœtus

syphilitique macéré de l'homme, 2 cas ont été inoculés par du virus syphilitique inséré dans la chambre antérieure de l'œil et 2 cas ont été inoculés par la voie intrascrotale par des condylomes secondaires triturés de l'homme. La durée de l'infection a varié de 6 à 45 mois.

Dans tous les 32 cas, le myocarde a été plus ou moins touché par diverses lésions anatomo-pathologiques. Il n'a été atteint seul que dans 7 cas ; dans 18 cas, ses lésions étaient accompagnées de celles des vaisseaux coronaires et des valvules (dans 12 cas — presque exclusivement aortiques). Les lésions isolées des valvules ou des vaisseaux coronaires n'ont jamais été rencontrées sur un muscle cardiaque non modifié.

Les modifications du myocarde ont été localisées le plus souvent au ventricule gauche et à la cloison interventriculaire. Elles consistaient en une infiltration inflammatoire diffuse ou limitée à des stades différents. Les faisceaux musculaires sont tuméfiés, le protoplasma des cellules musculaires est granuleux, leur noyau est en caryorexis. Les cas prononcés présentent un effacement de la striation transversale, les faisceaux musculaires sont homogènes et sans structure. Parfois, on constate, sur une étendue plus ou moins grande, du tissu fibreux envahissant les faisceaux musculaires et les vaisseaux cardiaques.

Le tréponène pâle a été recherché par la méthode de Levaditi-Manouélian. L'agent typique de la syphilis n'a été trouvé qu'une seule fois dans le myocarde, chez un lapin dont l'aorte le contenait également en grand nombre. C'est la première fois que le spirochète pâle a été constaté dans le myocarde et l'aorte du lapin syphilitique au cours de la syphilis expérimentale. Les modifications des vaisseaux coronaires étaient localisées soit à l'endothélium, soit au reste de la paroi. Elles consistaient en une infiltration péri-vasculaire plus ou moins diffuse rendant la paroi épaissie et la lumière du vaisseau rétrécie.

Les altérations valvulaires ont été localisées aux valvules aortiques dans 11 cas et à la mitrale dans 1 cas. Le plus souvent les lésions se traduisent par une infiltration diffuse à la base des valvules.

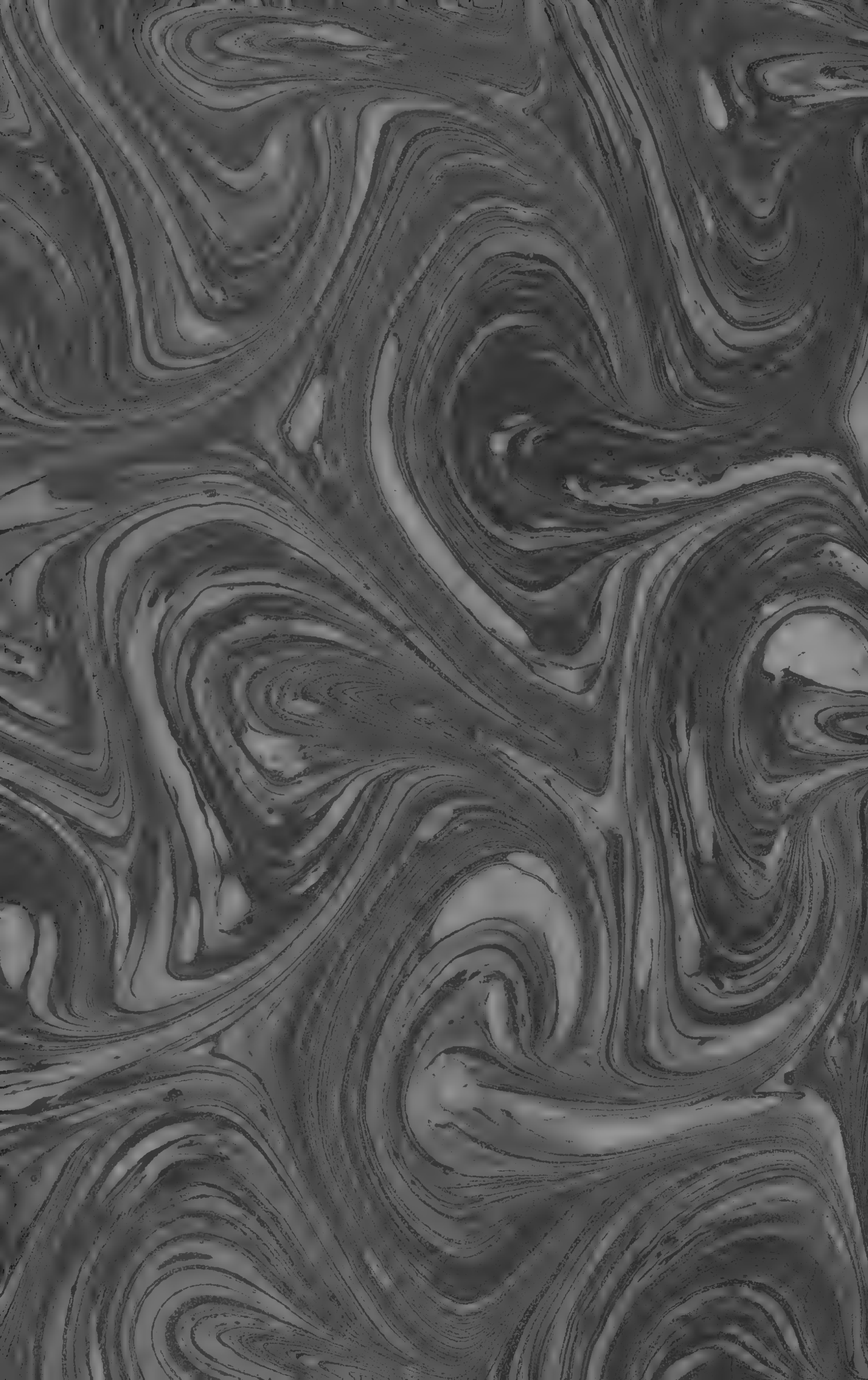
L'intensité de la lésion n'est pas toujours en rapport avec la durée de la syphilis expérimentale. Les modifications ont souvent été avancées dans les cas récents et vice-versa. En ce qui concerne le caractère des modifications, il a presque toujours été analogue à celui qu'on trouve dans la syphilis cardio-vasculaire de l'homme, donc se résumant à des processus gommeux et scléreux diffus ou circonscrits, ayant la même constitution avec cellules géantes, épithélioïdes et plasmocytes. Le caractère microbien de la myocardite ne peut être contesté dans le cas où l'auteur a constaté des spirochètes pâles caractéristiques et typiques par l'imprégnation à l'argent d'après la méthode de Levaditi-Manouélian.

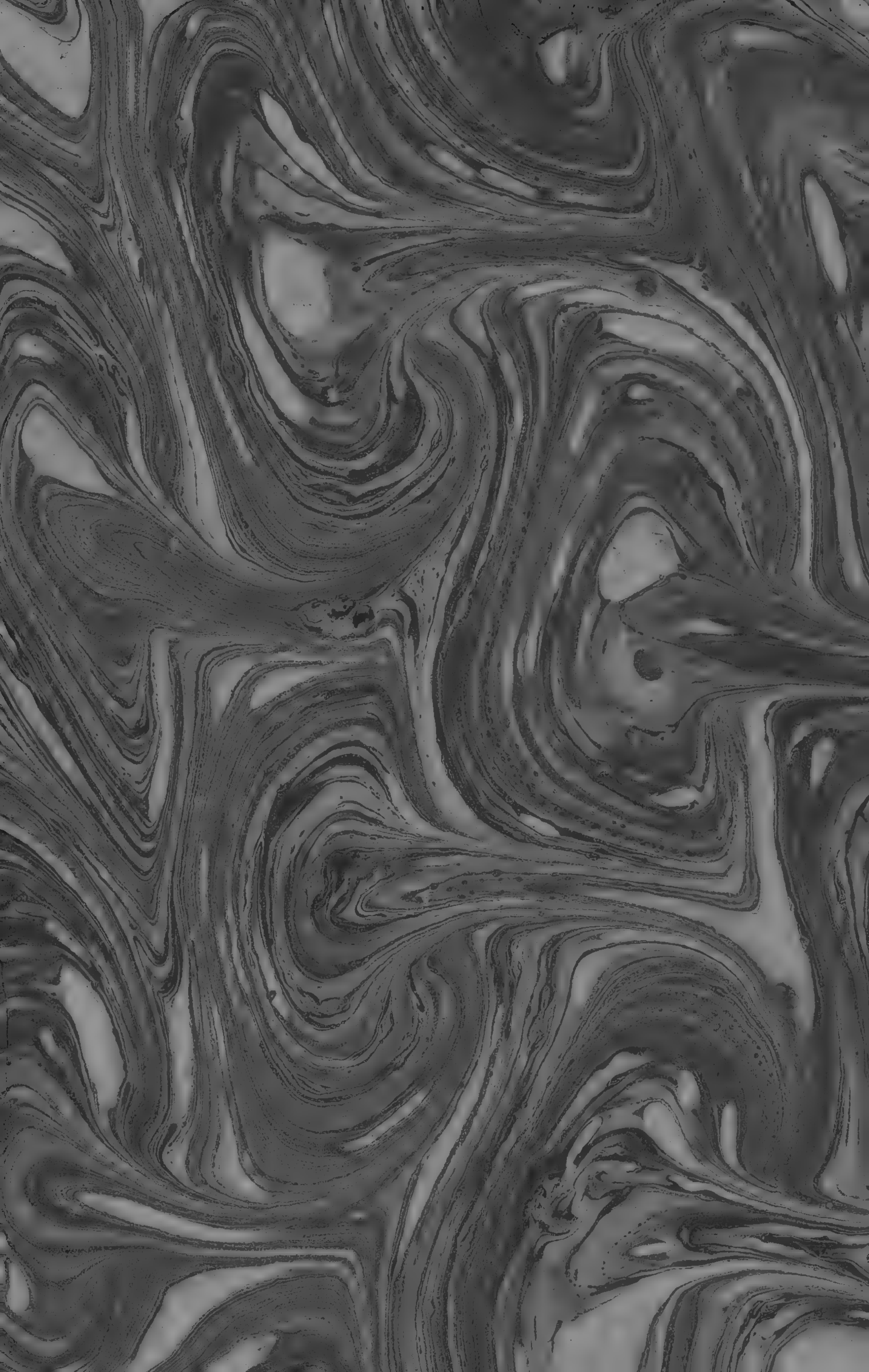
BERMANN.

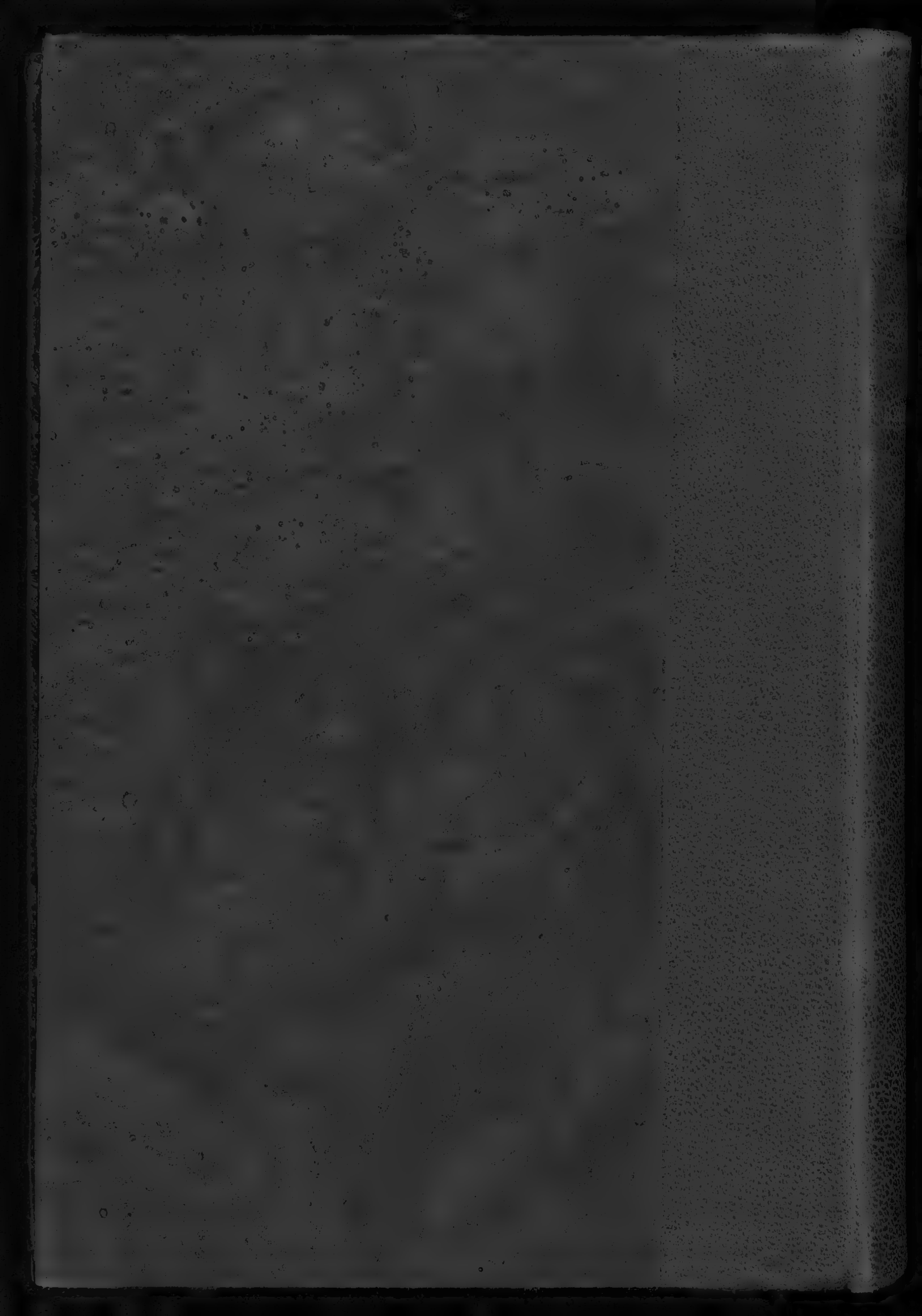
Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.







ANNALES

DE

DERMATOLOGIE

ET DE

SYPHILIGRAPHIE

VII[e] série. — Tome II. — 1931

ANNALES
DE
DERMATOLOGIE
ET DE
SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

SEPTIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

CH. AUDRY (Toulouse) — CIVATTE (Paris) — J. DARIER (Paris)
W. DUBREUILH (Bordeaux) — FAVRE (Lyon) — HUDELO (Paris)
E. JEANSELME (Paris) — NANTA (Toulouse) — J. NICOLAS (Lyon)
PAUTRIER (Strasbourg) — PETGES (Bordeaux) — P. RAVAUT (Paris)
R. SABOURAUD (Paris) - A. SÉZARY (Paris) - SPILLMANN (Nancy)

ET

SIMON (CLÉMENT) (Paris)
RÉDACTEUR EN CHEF

VII[e] SÉRIE — TOME II — 1931

MASSON & C[ie]

PUBLICATION PÉRIODIQUE MENSUELLE

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR LES RÉACTIONS CUTANÉES DITES « ECZÉMA DU NOURRISSON »

Par M. et Mme H. MONTLAUR

DEUXIÈME MÉMOIRE (1)

Résultats.

Les recherches bactériologiques, chimiques et biologiques se rapportant à certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson ont été exposées dans un premier mémoire, paru ici-même en Mai dernier. Ces travaux ont permis de ramener à une étiologie commune quelques dermatoses qui paraissaient cliniquement n'avoir aucun lien entre elles.

Nous considérons que les eczémas séborrhéiques de la première enfance trouvent leur origine dans une dermo-épidermite du siège, dont l'agent microbien est l'entérocoque de Thiercelin. Les squames prélevées au niveau des lésions épidermiques et ensemencées en milieu de Truch bilié se montrent régulièrement envahies par l'entérocoque. Ce germe se retrouve non seulement sur les lésions du siège, en particulier au niveau des collerettes épidermiques de bordure, mais aussi dans les eczématides du thorax, de la face et du cuir chevelu.

L'*examen bactériologique* des selles témoigne d'une rupture de l'équilibre microbien par prolifération de l'entérocoque. L'*étude chimique* des fèces permet de mettre en évidence, chez les enfants nourris au sein, l'exagération du processus normal de fermentation (augmentation du taux des acides organiques).

(1) Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». Premier Mémoire : Recherches, par M. et Mme H. MONTLAUR, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, mai 1931.

Les *intradermo-réactions* recherchées avec le *vaccin antistreptococcique* de l'Institut Pasteur sont régulièrement négatives et laissent la dermatose indifférente, résultat vérifié chez 32 nourrissons atteints d' « eczéma séborrhéique ».

Les *intradermo-réactions* faites avec un vaccin anti-entérococcique se montrent tantôt négatives, tantôt positives. Leur étude nous a amenés à instituer une thérapeutique biologique : la vaccination anti-entérococcique.

Vaccination anti-entérccoccique.

Si l'intradermo-réaction pratiquée avec le vaccin antistreptococcique de l'Institut Pasteur laisse, nous l'avons dit, la dermatose indifférente, par contre, l'intradermo-réaction avec un *vaccin anti-entérococcique* amène des modifications évidentes de l'affection cutanée.

Ces modifications sont de deux ordres :

a) d'une part, on remarque dès la première intradermo-injection chez les nourrissons atteints de dermite infantile simple une réaction focale de courte durée et l'apparition d'eczématides, loin du foyer initial, le siège ;

b) d'autre part, chez les enfants qui présentent la variété éruptive de type mixte, eczéma intertrigo et eczématides, la première intradermo-injection réalise elle aussi une congestion dermo-épidermique, mais cette exaspération est fugace et suivie à bref délai de phénomènes inverses d'atténuation.

Ces faits nous ont conduits à une *thérapeutique par intradermo-injections de vaccin anti-entérococcique, à l'exclusion de tout traitement local.*

Le traitement vaccinal a été appliqué chez de très jeunes enfants dans diverses dermatoses que nous croyons, désormais, pouvoir ranger dans un même groupe d'affections cutanées particulières au premier âge. Nous reviendrons sur cette conception dans la discussion des types cliniques observés.

La préparation du vaccin a été décrite dans le précédent mémoire ; ajoutons que l'origine de la souche d'entérocoque présente une grande importance.

Le germe se rencontre dans le contenu intestinal normal ; on

verra plus loin qu'il se trouve aussi sur la peau du nourrisson sain, sans toutefois y exercer d'action pathogène. L'entérocoque, placé dans certaines conditions, — de nombreux travaux récents confirment cette hypothèse — acquiert un pouvoir pathogène vis-à-vis des téguments et nous estimons que l'entérocoque isolé des lésions épidermiques du siège peut être considéré comme un microbe de virulence exaltée.

Si la valeur antigénique d'un vaccin dépend de la qualité de la souche, la preuve de ce qui précède doit être apportée par l'essai d'un certain nombre de vaccins préparés avec des souches de provenances diverses. Or :

a) les vaccins obtenus en partant des lésions dermo-épidermiques du siège se montrent les plus actifs ;

b) ceux qui sont préparés avec les entérocoques isolés des eczématides sont moins actifs ;

c) ceux pour lesquels les entérocoques sont recueillis sur l'épiderme de nourrissons sains se sont montrés totalement dépourvus de pouvoir antigénique ;

d) il en est de même lorsque le germe provient du contenu intestinal du nourrisson normal.

Les premiers essais furent pratiqués avec un vaccin renfermant cinq milliards de germes par centimètre cube. Des concentrations microbiennes différentes ont été expérimentées (jusqu'à 20 milliards), mais rapidement abandonnées en raison des réactions imputables au vaccin : deux nourrissons, en très bon état général, présentèrent après les intradermo-injections, une élévation thermique, des vomissements et l'un d'eux perdit du poids.

La concentration à deux milliards de germes par centimètre cube paraît la meilleure ; c'est celle à laquelle nous nous sommes arrêtés, et dans aucun cas, il ne s'est produit de réaction locale ou générale.

Technique.

Les nourrissons soumis à la thérapeutique vaccinale suivent un traitement ambulatoire ; si quelque petit eczémateux séjourne dans le service de la Maternité de Port-Royal où il est né, ce n'est que par le fait d'une maladie de sa mère.

Les injections sont pratiquées tous les deux jours dans le derme, quelle que soit la région choisie, selon l'état de la peau, utilisant une aiguille à intradermo-injection dont le calibre de 5/10e de millimètre donne environ 100 gouttes par centimètre cube.

La concentration à deux milliards de germes par centimètre cube n'est jamais dépassée ; souvent au contraire nous employons des concentrations plus faibles. Il y a lieu, en effet, de doser le vaccin selon l'état général du petit malade, l'étendue des lésions cutanées, et d'après le poids de naissance et celui du premier examen.

La première injection doit être faite avec le vaccin très dilué, représentant une teneur microbienne de 50 à 100 millions par centimètre cube dont il ne sera injecté qu'une seule goutte. Les doses suivantes seront d'une concentration plus forte : 200, 500 millions, 1 milliard, 2 milliards et l'injection de 1 à 2 gouttes.

Il est aisé d'établir ainsi une thérapeutique vaccinale à la fois prudente, progressive, en tous cas très facile à manier.

Le nombre des injections est variable : il faut se guider sur la rapidité des résultats obtenus ; la guérison s'observe habituellement entre la sixième et la dixième vaccination.

Résultats.

Les résultats constatés portent sur trois ordres de faits : l'*état général*, les *troubles digestifs*, les *modifications de la dermatose*.

A. — *Sur l'état général.*

Les nourrissons que nous avons observés peuvent être répartis d'après leur état de nutrition en deux groupes :

a) l'un représente la majeure partie des sujets vaccinés et comprend les enfants d'aspect floride, nés avec un poids voisin de 3 kgr. 500 ou supérieur, allaités complètement ou en partie par leur mère ;

b) dans l'autre, au contraire, se placent les nourrissons ayant pesé moins ou à peine plus de 3 kilogrammes à la naissance (prématurés, jumeaux, porteurs de malformations, etc.) et souvent, quelle que soit leur alimentation, dans un état médiocre.

Parmi les nourrissons de ces deux groupes, 53,4 o/o sont des hérédo-syphilitiques : que le diagnostic ait été posé par l'examen de l'enfant (signe de certitude ou groupe de signes de présomption) ; par celui du placenta : grosse disproportion fœto-placentaire (plus de 1/4,5) ; par l'enquête familiale ; l'examen de la mère dont la syphilis est connue (syphilis acquise ou, plus souvent, héréditaire). Bien qu'actuellement, on admette que le terrain hérédo-syphilitique favorise l'évolution de l'eczéma (Lesné et Boutelier, Ravaut et Duval), cette proportion d'hérédo-syphilis paraît considérable : le recrutement d'un bon nombre de nos eczémateux par la consultation de prophylaxie des maladies héréditaires l'explique en partie.

Boutelier, cependant, a trouvé la syphilis héréditaire certaine ou très probable 11 fois dans 20 cas d'eczéma du nourrisson, ce qui équivaut à notre pourcentage.

Avant toute vaccination anti-entérococcique, certains de ces enfants, soit que l'état général fût médiocre ou parce qu'un traitement précoce s'imposait, ont été soumis à une thérapeutique mercurielle ou arsenicale ; si pour l'un d'eux seulement, la dermatose a cédé complètement par l'emploi de lactate de mercure, chez tous les autres eczémateux, elle n'a réellement été influencée que par le vaccin.

Chez les enfants du premier groupe, type floride, le traitement vaccinal a pu être appliqué, le plus habituellement, sans interruption ; la courbe pondérale se montrant normalement et régulièrement ascendante. Si une affection est survenue — coryza, bronchite légère, etc. — obligeant pendant quelques jours à suspendre les intradermo-injections, celles-ci ont été reprises dès la cessation des incidents et sans retentir en aucune façon sur l'état général.

Chez les hypotrophiques, la vaccination s'est montrée moins facile. Tant de facteurs interviennent dans l'élevage de ces nourrissons que la moindre affection intercurrente prend allure de gravité. Plus d'une fois les injections de vaccin ont été supprimées à l'occasion d'une grippe, d'une otite, dont la répercussion devenait si évidente et si prolongée sur l'état général que la dermatose passait au second plan.

B. — *Sur les troubles digestifs.*

Au début, lors des premières vaccinations, nous guidant sur les indications fournies par les examens coprologiques — augmentation du taux des acides organiques chez les nourrissons au sein en particulier —, il avait semblé nécessaire de compléter la thérapeutique par des modifications dans le régime alimentaire.

Très rapidement il est apparu qu'on pouvait attribuer à l'action vaccinale seule la plus grande part des améliorations objectives et analytiques des troubles digestifs.

Dès ce moment, la diététique n'a été envisagée qu'au point de vue de la croissance (J. Renault), et l'*allaitement en cours*, *maternel* ou *artificiel*, n'a *jamais* été supprimé, mais convenablement dirigé ou complété. On conçoit donc que dans ces conditions nous n'ayons jamais observé de cachexie thérapeutique.

Signalons que la plupart des auteurs qui se sont occupés des nourrissons eczémateux sont restés toujours partisans du maintien du régime lacté chez ces enfants (Marfan, J. Renault, Comby, Mouriquand, Weill-Hallé, Lesné, Ribadeau-Dumas, Blechmann, Ferru, etc...).

Dans le même ordre de faits il est de toute évidence qu'il faut se garder d'apporter aux nourrissons eczémateux des produits susceptibles par leur fermentation d'accroître le taux des acides organiques : le bouillon de légumes (de céréales ou de légumineuses), les décoctions d'orge et d'avoine rentrent dans cette catégorie. Par contre, le babeurre doux, le lait en poudre demi-maigre, dont les bonnes préparations ne doivent être additionnées ni de lactose ni de saccharose, sont très bien supportées par les nourrissons au sein ; le babeurre au riz sucré et additionné d'eau de chaux pour en diminuer l'acidité convient aux enfants nourris artificiellement.

Dans le précédent travail ont été mentionnés les troubles digestifs les plus habituellement observés chez les *nourrissons au sein* ou à l'*allaitement mixte* : manifestations de la diarrhée commune avec selles mucogrumeleuses ou liquides, selles vertes. Or sous la seule action du vaccin, dès la deuxième injection, on voit ces troubles s'atténuer : les selles deviennent moins fréquentes, elles perdent leur couleur verte, l'odeur fétide et reprennent une con-

sistance normale, le plus souvent entre la cinquième et la septième injection.

Cette constatation clinique est confirmée par l'analyse chimique qui montre une diminution du taux des acides organiques. Les examens bactériologiques ne donnent des résultats intéressants, diminution de l'entérocoque, qu'à la fin du traitement vers la dixième injection.

Si, chez les enfants en cours de traitement, la diarrhée survient à nouveau, elle est la signature d'un phénomène surajouté : coryza, otite, dentition, retour des règles chez la mère, etc. On peut alors prévoir une nouvelle poussée de la dermatose ; la courbe des acides organiques se relève à ce moment chez les nourrissons au sein.

Chez les *enfants nourris à l'allaitement artificiel,* les selles mucogrumeleuses, très rarement liquides, sont améliorées dès la deuxième injection.

Parmi les *troubles de la dyspepsie du lait de vache*, les *selles mastic* qui, d'après M. Marfan, relèvent d'une insuffisance de sécrétion pancréatique, sont favorablement influencées au début du traitement. Les déjections perdent leur odeur fécaloïde, prennent une consistance molle, restent cependant décolorées. Pour obtenir le retour aux selles normales, une médication adjuvante (calomel à doses filées) ou une modification de la nourriture (babeurre) sont nécessaires.

La *constipation* ne semble guère influencée par la vaccination.

Les *régurgitations* et les *vomissements* persistent ou disparaissent sans que l'on puisse attribuer ce résultat à l'action du vaccin.

C. — *Sur la dermatose.*

Que la dermatose soit cliniquement constituée par la dermo-épidermite microbienne du siège, que cette dermite s'accompagne d'eczématides et rentre ainsi dans le cadre des eczémas dits séborrhéiques, la vaccinothérapie anti-entérococcique amène toujours une modification heureuse et très souvent la guérison.

Les transformations cutanées se succèdent toujours dans le même ordre : l'amélioration porte en premier lieu sur les plis qui

s'assèchent, parfois dès la première intradermo-injection, le plus souvent après la deuxième ou la troisième. La lésion du siège pâlit, s'épidermise, les collerettes épidermiques disparaissent ainsi que les petits éléments aberrants. C'est donc sur l'*eczéma intertrigo*, lésion initiale, que se manifeste d'abord l'action du traitement.

A cette première phase de vaccination correspond souvent une extension du processus éruptif du type eczématide.

Cette modalité éruptive, influencée à son tour par le vaccin, se modifie : l'érythème s'estompe ; la desquamation, d'abord abondante, s'atténue, puis disparaît. Les squames grasses de la partie supérieure du visage et du cuir chevelu se détachent et tombent sans se reformer. Lorsque la calotte séborrhéique s'est éliminée, si le cuir chevelu est normal d'aspect, il est absolument glabre. Le prurit s'apaise assez vite.

Dans les cas les plus favorables, la guérison a été obtenue après la quatrième injection ; plus souvent après la huitième. Dans la majorité des cas, à la dixième.

Certains nourrissons, après la dixième vaccination, présentaient encore des manifestations de l'affection cutanée ; ces reliquats ont disparu une à trois semaines après la cessation du traitement.

Des *récidives* ont été observées dans quatre cas ; elles ont toujours été, comme on l'a vu plus haut, en corrélation avec des troubles digestifs et dues à un incident surajouté. Ces récidives se sont manifestées au niveau du siège (érythème intertrigo) et ne se sont jamais accompagnées d'eczématides.

Il ne nous est guère possible d'établir la proportion de guérisons pour tous les nourrissons soumis à la vaccination. Quelques enfants, après un début de traitement, ont été placés en nourrice et perdus de vue ; pour d'autres, la série a été interrompue par une maladie intercurrente, mais *tous les petits malades régulièrement traités et suivis ont guéri grâce au vaccin.*

Ce résultat se maintient pour les premiers nourrissons depuis une année déjà.

OBSERVATIONS

Type eczéma intertrigo avec eczématides.

Obs. IV (Obs. clinique XIV (1), Obs. exp. XI). — Dom... Roger.

Mère présentant des stigmates d'hérédo-syphilis.

1er procréateur : 1re grossesse à terme, enfant vivant.

2e procréateur : 2e grossesse à terme, enfant bien portant ; 3e grossesse à terme, l'enfant meurt à 13 mois de méningite ; 4e grossesse, enfant Roger.

Né le 18 avril 1930, à terme. Poids de naissance 2,900. Placenta 500, rapport fœto-placentaire 1/5,8. *Allaitement maternel.* — Coryza dès naissance — frictions mercurielles (Gambéol). — A présenté au 12e jour (30 avril) un érythème fessier et dès ce moment 2 à 3 selles jaunes, verdissant à l'air et quelques régurgitations.

21 mai 1930. — 4 kg. 100.

Gros enfant pâle ; cranio-tabès, micropolyadénopathie.

État cutané. — Vaste érythème intéressant le siège, les cuisses et les jambes jusqu'aux malléoles ; limite supérieure en avant au-dessus ombilic, en arrière région lombaire. Lésions rouge vif, luisantes, vernissées, présentant au niveau des plis quelques vésicules érosives, bordure polycyclique avec collerettes épidermiques à lambeau flottant. Nombreux éléments aberrants à fine collerette de bordure.

Sur la face externe des cuisses, bande de peau saine. Au niveau du cuir chevelu et du front jusqu'aux sourcils, lésions érythémateuses recouvertes de squames grasses, épaisses, constituant une véritable calotte.

1) *Prélèvement de squames :*

a) au niveau du cuir chevelu : entérocoque ;

b) sur région fessière : entérocoque.

2) *Examen des selles :*

a) examen direct (méthode de Gram), entérocoque très abondant, type coli très rare ;

b) culture sur Truch bilié, entérocoque extrêmement abondant, type coli très rare.

3) *Examen chimique* (1) :

dosage des acides organiques, 42 centimètres cubes HCl.N.

4) *Intradermo-réaction :*

vaccin antistreptococcique I. P. : négatif.

(1) Obs. II du 1er mémoire, M. et Mme H. Montlaur, *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie,* mai 1931.

(2) Voir graphique I, 1er mémoire, mai 1931.

22 mai.
Bon état général. Selles jaunes.
Acides organiques, 43 centimètres cubes HCl.N.
Intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique (à 5 milliards par centimètre cube) ; pas de traitement externe.
24 mai. — 4 kg. 170.
Apparition sur tronc et membres supérieurs d'une éruption érythémato-squameuse sèche du type eczématide. Le siège pâlit notablement, les collerettes épidermiques de bordure disparaissent par places.
Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.
Acides organiques : 38 centimètres cubes.
2e intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.
26 mai.
L'éruption s'efface, le siège est épidermisé, l'érythème du cuir chevelu très atténué, la desquamation commence, les squames grasses se détachent.
Selles verdissant à l'air, grumeleuses.
Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.
Acides organiques : 32 centimètres cubes.
3e intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.
28 mai. — 4 kg. 270.
Très grande amélioration de l'état cutané. Siège complètement épidermisé ; les collerettes épidermiques de bordure et les éléments aberrants ont complètement disparu.
Érythème très diminué.
Selles d'aspect normal.
Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.
Acides organiques : 38 centimètres cubes.
4e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique.
4 juin. — 4 kg. 500.
Siège et tronc : il persiste un léger érythème, la guérison est à peu complète.
Cuir chevelu et région sourcilière : fine desquamation.
Selles d'aspect normal.
Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque abondant.
Acides organiques : 39 centimètres cubes.
5e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin anti-entérococcique.
6 juin. — 4 kg. 630.
Lésions du tronc et siège guéries ; très légère desquamation du cuir chevelu.
Selles liquides.
Acides organiques : 30 centimètres cubes.
6e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.
11 juin. — 4 kg. 750.
Poussée papulo-vésiculeuse, à petits éléments au niveau de l'abdomen.

Reprise d'une légère desquamation au niveau de la région sourcilière.

Selles mélangées, 2 par jour.

Même bactériologie que précédemment.

Acides organiques : 35 centimètres cubes.

7e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

13 juin. — 4 kg. 770.

Grande amélioration de l'état cutané.

Selles jaunes muco-grumeleuses.

Même bactériologie.

Acides organiques : 38 centimètres cubes.

8e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

15 juin.

Selles muco-grumeleuses.

Examen des selles : examen direct et cultures : entérocoque beaucoup moins abondant, type coli plus abondant.

16 juin.

GUÉRISON COMPLÈTE DE L'AFFECTION CUTANÉE.

Selles mélangées.

Bactériologie identique à celle du 15 juin.

Acides organiques : 25 centimètres cubes.

9e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

19 juin. — 4 kg. 920.

Selles normales.

Examen direct et cultures : entérocoque très peu abondant.

Acides organiques : 22 centimètres cubes.

10e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

4 juillet. — 5 kg. 450.

Selles normales.

22 juillet. — 5 kg. 940.

L'enfant guéri, reste pâle. Cranio-tabès (Lactate de mercure).

16 septembre. — 7 kg. 100.

La guérison s'est maintenue. Bon état général. Frictions mercurielles (Gambéol).

23 janvier 1931.

Excellent état général (Lactate Hg).

A présenté, coïncidant avec une éruption dentaire, un petit placard finement vésiculeux du bras droit qui a très rapidement disparu.

Mai 1931.

L'enfant est suivi régulièrement à la consultation. La guérison se maintient.

TYPE ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE GÉNÉRALISÉ.

OBS. V (Obs. clin. XVIII, Obs. exp. XV). — Gui... Marcelle.

Rien à noter dans les antécédents maternels.

Née le 1er avril 1930, à terme. Poids de naissance 3 kg. 910. Placenta 700, rapport fœto-placentaire 1/5,6.

Nourrie au sein jusqu'au 28 avril, puis allaitement mixte (sein complété par du lait condensé).

A présenté au 16e jour (16 avril), un abcès sous-cutané du cuir chevelu et quelques abcès furonculeux disséminés sur le tronc et les membres inférieurs.

Culture du pus : *staphylocoque blanc.*

Guérison très rapide par autovaccin.

Malgré cette vaccination antistaphylococcique, apparaît, le 29 avril, un érythème fessier à extension rapide, intéressant la partie inférieure du corps, depuis l'ombilic jusqu'aux malléoles.

En 48 heures, cette lésion s'assèche spontanément et prend un aspect érythémato-squameux sec.

2 juin 1930. — 4 kg. 350.

Bon état général, aucun stigmate d'hérédo-syphilis ; selles mastic. L'enfant présente une éruption érythémato-squameuse sèche du type eczématide, intéressant le cuir chevelu, le cou, le tronc dans sa totalité, les membres inférieurs et supérieurs. La face seule est à peu près respectée.

Intertrigo des plis inguinaux, reliquat de la dermo-épidermite du siège.

Intradermo-réaction au vaccin antistreptococcique. I. P. : négative.

1) *Prélèvement de squames :*

a) au niveau du thorax : entérocoque.

b) — de l'abdomen : entérocoque.

c) — du cuir chevelu : entérocoque.

2) *Examen coprologique :*

a) examen direct : entérocoque.

b) culture : entérocoque (culture pure).

3) *Acides organiques* (1) : 32 centimètres cubes.

4 juin. — 4 kg. 340.

La mère présentant un abcès du sein a cessé l'allaitement et l'enfant est mis à l'*allaitement artificiel* (lait condensé).

Selles mastic.

Même bactériologie que le 2 juin.

Acides organiques : 27 centimètres cubes.

1re intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique (5 milliards par centimètre cube), pas de traitement externe.

7 juin. — 4 kg. 360.

Amélioration de l'état cutané : l'érythème s'atténue, la desquamation est plus fine.

Selles mastic, légèrement fétides.

(1) Voir graphique III, 1er mémoire, M. et Mme H. Montlaur, mai 1931.

Bactériologie des selles : examen direct : entérocoque ; cultures : entérocoque très abondant, bacille type coli rare.

Acides organiques : 22 centimètres cubes.

2e intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.

11 juin. — 4 kg. 370.

L'érythème pâlit considérablement, les plis sont asséchés. Au niveau du cuir chevelu, disparition à peu près complète des squames.

Selles jaunes : 3 par jour.

Examens bactériologiques directs et culture : entérocoque très abondant.

Acides organiques : 11 centimètres cubes.

3e intradermo-injection : 1 goutte vaccin.

13 juin. — 4 kg. 370.

L'érythème s'estompe, la desquamation diminue.

Selles jaune pâle et mastic (babeurre au riz sucré).

Bactériologie identique à celle du 11 juin.

Acides organiques : 17 centimètres cubes.

4e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

16 juin. — 4 kg. 425.

Bon état général. Le nourrisson refuse les biberons de babeurre. Grande amélioration cutanée.

Selles normales.

Bactériologie : entérocoque beaucoup moins abondant à l'examen direct et à la culture.

Acides organiques : 15 centimètres cubes.

5e intradermo injection : 2 gouttes vaccin.

17 juin.

Acides organiques : 18 centimètres cubes.

18 juin. — 4 kg. 475.

Bon état. L'amélioration cutanée continue.

Selles jaunes verdissant à l'air.

Bactériologie : examen direct et culture : entérocoque peu abondant.

6e intradermo-injection : 2 gouttes vaccin.

20 juin. — 4 kg. 470.

Coryza.

Selles jaunes normales.

Bactériologie : entérocoque peu abondant.

Acides organiques : 16 centimètres cubes.

Pas de vaccination.

23 juin. — 4 kg. 500.

Bon état général. Au point de vue cutané, il ne persiste qu'une légère desquamation du tronc.

Selles jaunes normales.

Bactériologie : examen direct et cultures : entérocoque peu abondant, bacilles type coli.

Acides organiques : 25 centimètres cubes.
7e intradermo-injection : 1 goutte vaccin anti-entérococcique.
26 juin. — 4 kg. 590.
Selles décolorées.
Examen bactériologique direct et culture : entérocoque plus abondant.
Acides organiques : 10 centimètres cubes.
8e intradermo-injection : 1 goutte vaccin.
30 juin. — 4 kg. 625.
Très bon état général.
GUÉRISON DE L'AFFECTION CUTANÉE.
Selles jaunes.
Examen bactériologique des selles : entérocoque et type coli.
Acides organiques : 19 centimètres cubes.

Recherches complémentaires.

A. — *Recherche de l'entérocoque sur l'épiderme des nourrissons sains non eczémateux.*

L'entérocoque régulièrement isolé des lésions épidermiques ne se rencontre-t-il qu'à leur niveau ? Des prélèvements ont été effectués sur l'épiderme de 88 nourrissons sains n'ayant présenté aucune manifestation cutanée ; les ensemencements faits sur milieu de Truch bilié selon notre technique habituelle nous ont permis de retrouver l'entérocoque, à partir du troisième jour qui suit la naissance, 79 fois sur 88.

L'entérocoque semble donc exister habituellement sur la peau du nourrisson normal.

B. — *Etude des laits.*

L'observation des troubles digestifs nous a incités à poursuivre l'étude quantitative et bactériologique des :

laits maternels ;

laits de vache ;

laits préparés ou modifiés industriellement, les plus habituellement employés dans l'alimentation des enfants du premier âge (laits concentrés, laits secs, babeurre fraîchement préparé, soupe de babeurre, farines lactées, etc...).

Ces recherches pour aussi instructives qu'elles paraissent ne

nous semblent pas apporter un facteur décisif dans la discussion car sur plusieurs enfants, alimentés avec les mêmes produits, un seul d'entre eux présentera de l'eczéma.

C. — *Essai de contrôle spécifique du vaccin anti-entérococcique.*

Si la dermite entérococcique, avec ses modalités cliniques, est réellement une entité dermatologique, son traitement vaccinal doit rester sans effet sur d'autres dermatoses microbiennes.

L'essai en a été fait chez quatre nourrissons.

Un premier cas est celui d'un enfant de 7 mois ayant présenté quelques jours après une vaccination jennérienne une éruption papulo-vésiculeuse au niveau du membre vacciné. Lors du premier examen le nourrisson était porteur d'un vaste placard ovalaire papulo-vésiculeux et suintant et de deux petits placards de même caractère.

Pour le deuxième, il s'agit d'un garçon de 5 mois dont les joues, le cuir chevelu, la région cervicale et la face dorsale des mains étaient le siège d'une éruption papulo-vésiculeuse. La culture des squames montrait la prédominance du staphylocoque.

Le troisième cas concerne un enfant de 7 mois, porteur au niveau de la face d'une éruption érythémato-squameuse sèche en certains points, papulo-vésiculeuse et suintante en d'autres, avec intertrigo rétro-auriculaire bilatéral ; seule l'intradermo-réaction au vaccin staphylococcique s'était montrée positive.

La quatrième observation est en tous points superposable à la précédente.

Aucun de ces enfants n'avait présenté de troubles digestifs ni de lésions du siège.

Le traitement par le vaccin anti-entérococcique fut absolument inopérant et les lésions ne cédèrent qu'aux topiques locaux.

*
* *

Pour aboutir à une conclusion, nous allons essayer de relier — ou d'opposer — nos recherches et leurs résultats aux observations cliniques des classiques et à leurs conceptions étiologiques et pathogéniques,

L'OBSERVATION CLINIQUE avait permis, sans toutefois la définir nettement, de pressentir la liaison qui existe entre les dermites infantiles simples (Jacquet, Moussous) et les réactions eczématiformes du type eczématide (ancien eczéma séborrhéique).

Jacquet, dans son article de la *Pratique Dermatologique* sur « les dermites infantiles simples » avait déjà attiré l'attention sur ce point : « Ces lésions peuvent coexister avec la *calotte sébacée* de la tête ; que sous cette calotte et diffusant autour d'elle vers le front, les oreilles, les joues, on peut voir de la rougeur, des squames, du suintement, l'aspect de l'eczéma séborrhéique en un mot. Mais il faut renoncer pour le moment à décider s'il y a coexistence de deux lésions, simple modification de l'érythème par un terrain spécial, bref confesser son ignorance ».

Moussous a décrit « une forme particulière d'érythème fessier du nouveau-né évoluant chez le nourrisson atteint d'eczéma séborrhéique ». Il note que les enfants qui en sont atteints présentent les lésions de l'eczéma séborrhéique : croûtes de lait du cuir chevelu ; desquamation séborrhéique du front et des tempes avec rougeur des téguments sous-jacents ; atteinte des régions sourcilières, des joues, des oreilles et surtout du sillon rétro-auriculaire ; placards d'eczéma disséminés au niveau du cou et de la partie supérieure du tronc.

Pour cet auteur « ces deux affections cutanées quoique différentes au point de vue symptomatologique évoluent en quelque sorte parallèlement et paraissent bénéficier d'une origine commune ».

Plus tard M. Sabouraud remarque que « l'épidermite anale des enfants atteints d'entérite peut être, quoique rarement, le point de départ d'un eczéma extensif ».

Pour M. Marfan et son école, l'eczéma séborrhéique du cuir chevelu s'observe souvent avec l'érythème intertrigo.

L'érythrodermie desquamative elle-même (type Leiner-Moussous) dont nous avons suivi un cas chez un nourrisson au sein, n'est-elle pas considérée par la plupart des auteurs (Marfan, Comby, Cassoute, Ribadeau-Dumas, Hallé, Blechmann et Hallez, etc.), comme une complication survenant chez des enfants atteints déjà d'érythème fessier et plus particulièrement d'érythème intertrigo (faits de passage de M. Comby) ?

La coexistence des deux variétés de lésions : dermite infantile

et eczématides semble donc à l'heure actuelle, généralement admise.

L'Étiologie des dermites infantiles est beaucoup plus obscure. M. Sabouraud les considérait comme des impétigos. « Il semble que ce soit un impétigo abortif, déformé, de la région, par conséquent une des lésions superficielles et peu reconnaissables que créent les *cocci* pyogènes dans un assez grand nombre de cas ».

M. Petges estime qu'il « ne faudrait pas englober ces dermites érythémateuses infantiles dans le cadre des affections classées, impétigo, intertrigo. Qu'elles soient d'ordre infectieux, microbien ou mycosique parfois, c'est possible et vraisemblable, mais l'infection a ici une allure très spéciale, fonction de causes secondes, de condition d'existence des nourrissons... ».

Tous les auteurs insistent sur le mode et la qualité de l'alimentation, la coexistence des troubles digestifs et de la dermatose. La macération du siège, la souillure par contact immédiat des matières est signalée par tous et il paraît superflu d'y revenir.

La présenee constante de l'entérocoque au niveau des lésions cutanées, ne semble-t-elle pas apporter une confirmation à la conception microbienne de certains auteurs ?

Il n'est fait à notre connaissance, aucune allusion à l'étiologie des lésions dites séborrhéiques chez le nourrisson.

Quant à la pathogénie on invoque soit un trouble du métabolisme par insuffisance hépato-pancréatique et rénale, ou par dysendocrinie ; soit un état d'anaphylaxie pour le lait.

Essai de pathogénie. — Sous quelle influence la rupture de l'équilibre microbien dans les selles, par pullulation de l'entérocoque, peut-elle se produire ? Dans un certain nombre de cas on peut invoquer la déficience hépato-pancréatique où l'hérédo-syphilis paraît jouer un rôle (53,4 o/o de nos observations) ; c'est là à peu près le seul fait que nous puissions avancer momentanément.

L'entérocoque se développe dans un milieu qui n'est plus celui du contenu intestinal normal ; le germe dans ses conditions semble exalter sa virulence. A ce moment, l'observation clinique permet de constater des troubles digestifs, de la diarrhée le plus habituellement. Cette phase pourrait, avec P. J. White, être considérée comme « la période pré-eczémateuse ».

Dès son contact avec l'épiderme de la région ano-génitale, l'enté-

rocoque des selles, à l'état de culture pure, colonise et réalise, très rapidement parfois, une dermo-épidermite extensive.

L'organisme du nourrisson peut-être plus réceptif par le fait d'une prédisposition héréditaire, la syphilis (Ravaut, 1920), réagit non seulement au microbe lui-même, mais encore à ses toxines.

Les lésions du siège représentent donc, avec le contenu intestinal, le foyer initial microbien. Spontanément ou, comme nous l'avons montré, sous l'influence des premières injections de vaccin anti-entérococcique, une nouvelle modalité éruptive va se constituer : les eczématides.

Les travaux de M. Petges sur les épidermomycoses, de Bruno Bloch et Jadassohn sur les trichophytides et la trichophytine, de M. Jausion sur les pyocoques, et surtout de MM. Ravaut et Rabeau sur les levurides, nous permettent de considérer les eczématides comme des phénomènes de sensibilisation, comme une réaction cutanée *autre*, due aux toxines de l'entérocoque, en un mot comme des *entérococcides*.

Un point cependant les différencie : les levurides sont inhabitées et stériles ; les entérococcides recèlent de l'entérocoque. Ce dernier point peut s'expliquer par la présence habituelle de l'entérocoque sur la peau du nourrisson normal.

Si un doute subsistait encore sur le rôle de l'entérocoque dans la genèse de ces réactions cutanées, la thérapeutique par le vaccin anti-entérococcique, ainsi que nous l'avons longuement exposé, viendrait le dissiper. Le traitement semble bien en effet spécifique, puisque le vaccin s'est montré sans action sur des dermites staphylococciques.

Les résultats nous paraissent probants, autant par le nombre de nos observations que par la durée des guérisons obtenues.

Conclusions.

Un certain nombre de réactions cutanées, considérées comme eczéma du nourrisson, présente une étiologie commune microbienne d'origine digestive et s'observe principalement chez des enfants âgés de 1 à 5 mois.

Ces dermatoses, dont les grands eczémas dits séborrhéiques sont

l'expression la plus évoluée (érythrodermie desquamative Leiner-Moussous), débutent toujours par le siège. La lésion initiale représente l'un des types décrits par Jacquet sous le nom de dermite infantile et surtout la forme étudiée par Moussous et Lebard. A cette phase l'affection est une dermo-épidermite microbienne ; cette origine se traduit cliniquement par les collerettes épidermiques en bordure de la lésion principale et par celles des éléments aberrants qui en représentent le processus d'extension.

Les recherches bactériologiques montrent d'une façon constante la présence de l'entérocoque dans les squames épidermiques.

L'examen coprologique permet de mettre en évidence :

a) la pullulation de l'entérocoque ;

b) l'exagération du processus normal de fermentation (augmentation du taux des acides organiques) chez l'enfant au sein. Cette exagération semble faire défaut chez les nourrissons élevés au biberon : la plus faible teneur en lactose et la présence des sels alcalino-terreux dans le lait de vache suffit peut-être à expliquer la moindre abondance et la saturation des acides organiques.

Les troubles digestifs qui accompagnent ces dermatoses sont probablement sous la dépendance d'une déficience hépato-pancréatique dans laquelle la syphilis héréditaire peut jouer un rôle.

Les eczématides qui apparaissent spontanément ou sous l'influence d'intradermo-injections de vaccin anti-entérococcique sont l'expression de la réaction tégumentaire aux toxines microbiennes et doivent être considérées comme un phénomène de sensibilisation.

La vaccination anti-entérococcique par intradermo-injections amène très souvent une guérison rapide de l'affection cutanée en même temps qu'une amélioration des troubles digestifs.

Bibliographie

Besnier. — Eczéma. *Pratique dermatologique*, t. II, Masson et Cie, 1900-1904.

Blechmann (G.). — Nourrissons et enfants. *Consultations journalières,* Doin et Cie, 1926.

Blechmann et Hallez. — A propos d'un cas d'érythrodermie desquamative. *Le Nourrisson*, septembre 1921.

Bruno Bloch. — Allergie. Anaphylaxie und Idiosynkrasie in der Dermatologie. *Klin. Wochens.*, nos 23 et 24.

Cassoute. — *Soc. de Pédiatrie*, 15 mars 1921.
Cedercreutz. — Recherches sur un coccus polymorphe, hôte habituel et parasite de la peau humaine. Travail du laboratoire de la Ville de Paris à l'Hôpital Saint-Louis. Steinheil, Paris, 1901.
Comby (J.). — Erythrodermie desquamative des nourrissons. *Archiv. de Médecine des Enfants*, 1909.
Comby (J.). — Erythrodermie exfoliatrice généralisée. *Archiv. de Médecine des Enfants*, août 1928.
Comby (J.). — *Traité des maladies de l'Enfance*, Vigot, 1928.
Comby (J.). — *Soc. de Pédiatrie*, mars 1921, avril 1931.
Cousin (J.). — Contribution à l'étude du rôle biologique de la peau dans les infections. *Th. Paris*, 1928.
Danysz. — De l'emploi des entéro-antigènes dans la pratique médicale. *Bulletin Médical*, 24 juillet 1920, p. 657.
Darier (J). — *Précis de dermatologie*, Masson, 1928.
Darier (J.). — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *Rapport au VIIIe Congrès Intern. de Derm. et Syphil.* Copenhague, 1930.
Darier (J.). — L'eczéma après le Congrès de Copenhague. *Presse médicale*, 10 décembre 1930.
Debré (R.), Goiffon (R.) et Rochefrette. — Les selles des nourrissons normaux au sein et au biberon (essai de syndromes coprologiques). *Revue française de Pédiatrie*, n° 3, 1926.
Duval (H. L.). — Hérédité syphilitique et eczéma. *Th. Paris*, 1924.
Escherich. — Beitrage zur Kentniss der Darmbakterien. *Münch. Med. Wochens.*, monographie de Stuggard, 1886.
Escherich. — Streptoccus enteritis. *M. Jahrb. f. Kind.*, mars 1899.
Eyraud-Dechaux (Mme). — *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 10 avril 1930.
Ferrand (M.). — Dermites des nourrissons. Erythèmes infantiles. *Th. Paris*, 1908.
Fiessinger (Noël). — Les infections à entérocoques. Les entérococcies. *Traité de Médecine et de Thérapeutique*, 1922.
Frantz. — Données chimico-bactériologiques et observations sur la pathogénie de l'entérocoque. *Deut. Arch. für Klin. Mediz.*, Leipzig, août 1930.
Ferru. — Deux cas de cachexie thérapeutique dans l'eczéma du nourrisson. *Soc. de Pédiatrie*, avril 1931.
Gernez (Ch.). — Inoculation cutanée et défense de l'organisme. *Th. Lille*, 1924.
Gernez (Ch.) et Razemon. — Intradermo-réactions à l'entérocoque et anticorps entérococciques. *Société Biologie*, 1924, p. 301-303.
Gerstley (C. C.), Wang et Wood. — The Influence of feeding on certain acids in the feces of infants. *Am. J. of diseases of children*, August 1928, n° 2.
Gerstley (C. C.), Wang, Boyden et Wood. — The influence of feeding on certain acids in the feces of infants. *Am. J. of dis. of children*, mars 1930, n° 3.
Gerstley (C. C.), Wang, Boyden et Wood. — The influence of feeding on certain acids in the feces of infant. A comparison of the effects of breast milk and a modified cow's milk on the excretion of volatile acids. *Am. J. of diseases of children*, April 1928, n° 4.

GOIFFON (R.). — *Manuel de coprologie clinique*, 2e édition, 1925, Masson et Cie.

GOUGEROT (H.). — Dermoépidermites microbiennes. *Revue de Médecine*, 1916.

GOUGEROT (H.). — *Id. Journal des Praticiens*, 1917.

GOUGEROT (H.). — *Id. Paris Médical*, 1917.

HALLÉ (J.). — *Soc. de Pédiatrie*, mars 1921, avril 1931.

HALLEZ (G.). — Etude critique sur certaines dermatoses desquamatives du nourrisson. *Le Nourrisson*, janvier 1922.

HAUDUROY (P.). — Etudes sur le streptocoque hémolytique et l'entérocoque. *Th. Strasbourg*, 1921.

HAXTHAUSEN. — Les streptococcies épidermiques étudiées par une nouvelle méthode de culture. *Annales de Dermat. et de Syphiligraphie*, avril 1927.

HUDELO (L.) et MONTLAUR (H.). — Epidermomycoses eczématoïdes par parasites du genre des levures. *Bull. Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, juin 1914.

HUDELO (L.), CHÊNE et SIGWALD. — Intradermo-réactions aux vaccins anti-streptococciques et anti-staphylococciques au cours des épidermites microbiennes eczématiformes. *Bull. Soc. Fr. Dermat. et Syphil.*, 1928, p. 613.

JADASSOHN. — Remarques sur sensibilisation et resensibilisation dans les eczémas. *Klin. Woch.*, 3 septembre 1923.

JADASSOHN. — Etiologie et pathogénie de l'eczéma. *VIIIe Congrès Intern. de Dermat. el de Syph.* Copenhague, août 1930.

JACQUET. — Dermites infantiles simples. *In Pratique Dermatologique*, t. I, Masson et Cie (1900).

JAUSION (H.), LENÈGRE et VENDEL. — Le rôle de la sensibilisation dans les eczémas et sa preuve thérapeutique. *Soc. Fr. de Dermat. et Syphil.*, no 2, février 1928.

JAUSION (H.). — Discussion. *Soc. Dermat. et Syphil.*, 1928, p. 618.

JAUSION (H.). — *VIIIe Congrès Intern. de Dermat. et de Syphil.* Copenhague, août 1930. Compte-rendu des séances, p. 642 (Discussion).

JOUHAUD. — Caractères biologiques de l'Entérocoque. *Th. Paris*, 1903.

JORDAN (P.). — Sur la fréquence de la présence des streptocoques sur la peau normale. *Arch. für Dermat. und Syphil.*, no 1, 1929, Berlin. *Annales de Derm. et Syphil.*, juin 1930.

KITCHEVATZ. — A propos des intertrigos et eczématites secondaires. *Bulletin Soc. Française de Derm. et Syph.*, no 7, juillet 1930.

KITCHEVATZ. — *VIIIe Congrès Intern. de Dermat. et de Syphil.* Copenhague, août 1930. Compte-rendu des séances, discussion, p. 642.

LEBARD. — Sur un type d'érythème fessier évoluant chez les nourrissons atteints d'eczéma séborrhéique. *Th. Bordeaux*, 1905.

LEINER (C.). — Ueber erythroderma desquamativa eine eigenartige universelle dermatose der Brustkinder. *Arch. für Derm. und Syph.*, 1907.

LESNÉ (E.). — Traitement par le babeurre de certaines toxidermites de l'enfance (strophulus et eczéma). *Arch. Méd. des Enfants*, 1906.

LESNÉ et BOUTELIER. — *La syphilis héréditaire larvée, clinique, diagnostic, traitement*, Doin et Cie, 1931.

LÉVY (E.). — Etude sur le taux des protéines du sérum sanguin des nourrissons et en particulier des nourrissons eczémateux. *Th. Paris*, 1928.

MACAIGNE. — Entérococcie. *In Nouveau Traité de Médecine*, 1920.

MARFAN (A. B.). — Les érythèmes fessiers. *Le Nourrisson*, mars 1926.
MARFAN (A. B.). — *Clinique des maladies de la première enfance*, 2e série. Masson et Cie, 1928.
MARFAN (A. B.). — *Les affections des voies digestives dans la première enfance*, 2e édit. Masson et Cie, 1930.
MARFAN (A. B.). — *Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge*, 4e édit. Masson et Cie, 1930.
MARFAN (A. B.). — Le lait concentré et le lait sec. *Le Nourrisson*, janvier 1930.
MATHIEU (R.). — Valeur séméiologique de la teneur des selles du nourrisson en acides organiques et en ammoniaque. *Bull. Soc. Péd.*, n° 1, janvier 1929.
MONTLAUR (H.) et Mlle COUTIERE (S.). — Les modifications chimiques des selles au cours de l'évolution de l'eczéma chez le nourrisson. *Bull. Ac. Méd.*, 15 juillet 1930.
MONTLAUR (M. et Mme H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « Eczéma du Nourrisson ». *VIIIe Congrès Intern. de Derm. et de Syph.*, Copenhague, août 1930.
MONTLAUR (M. et Mme H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « Eczéma du Nourrisson ». Premier Mémoire, Recherches. *Annales de Derm. et de Syph.*, mai 1931.
MONTLAUR (M. et Mme H.). — Du rôle de l'entérocoque dans la genèse de certaines réactions cutanées considérées comme eczéma du nourrisson. Phénomènes de sensibilisation. *Le Nourrisson*, mai 1931.
MOURIQUAND. — La cachexie thérapeutique des nourrissons eczémateux. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, Lyon, 12 mars 1929.
MOUSSOUS (A.). — *Recueil des leçons cliniques sur les maladies des enfants.* 1893.
MOUSSOUS (A.). — Erythème fessier et eczéma séborrhéique. *Arch. Méd. des enfants*, mars 1908.
PETGES. — Rapport sur les épidermomycoses. *Ier Congrès des Derm. et Syphil. de Langue Française.* Paris, 1922.
PETGES (G.). — *La pratique des maladies des Enfants.* Tome IX, art. : eczéma, p. 291 ; art. : erythèmes et dermites infantiles, p. 327. J. B. Baillière, 1925.
RAVAUT (P.). — Action du traitement anti-syphilitique dans l'eczéma et diverses affections cutanées en rapport avec les phénomènes de désensibilisation. *Presse Médicale*, janvier 1920 ; *Soc. Méd. Hôpitaux*, 13 décembre 1922.
RAVAUT (P.). — Hérédo-syphilis et phénomènes de sensibilisation. *Presse Médicale*, 26 mai 1929.
RAVAUT (P.). — L'eczéma, réaction seconde de désensibilisation. *Presse Médicale*, n° 104, 27 décembre 1930.
RAVAUT (P.) et RABEAU (H.). — Parakératoses psoriasiformes sèches et levurides. *Presse Médicale*, n° 91, 1928.
RAVAUT (P.) et RABEAU (H.). — Parakératoses eczématiformes provoquées par des injections intradermiques de levurine. *Presse Médicale*, 20 mars 1929.
RENAULT (J.). — Le sevrage. *Journal médical français*, n° 7, juillet 1925.
RENAULT (J.). — L'alimentation rationnelle des enfants. *Monde médical*, n° 677, 1925.
RENAULT (J.). — *Soc. de Pédiatrie*, avril 1931.

RIBADEAU-DUMAS. — *Soc. de Pédiatrie*, 15 mars 1921, 21 avril 1931.

RIBADEAU-DUMAS et LÉVY (M. et Mme). — Sur le taux des protéines du sérum sanguin au cours des eczémas du nourrisson. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 20 janvier 1928.

RIBADEAU-DUMAS, MATHIEU (R.) et WILLEMIN (L.). — L'utilisation des protéines végétales dans l'alimentation des nourrissons. *Le Nourrisson*, mars-mai 1930.

RIGOT (E.). — Contribution à l'étude des épidermites microbiennes eczématiformes. *Th. Paris*, 1928.

ROSENTHAL et CHAZARAIN. — Effets cachectisants de la toxine de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 1904.

ROUX (J. C.). — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition*, avril 1930.

SABOURAUD (R.). — Défense de la peau contre les microbes. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, 3e série, t. X, 1899-1903.

SABOURAUD (R.) — Etude clinique et bactériologique de l'impétigo. *Ann. de Derm. et de Syphil.*, 3 mémoires, 1900.

SABOURAUD (R.). — *La Peau humaine ; sa flore dite normale ; ses processus spontanés de défense*, 1900.

SABOURAUD (R.). — *Dermatologie topographique*, Masson et Cie, 1905.

SABOURAUD (R.). — Les eczémas microbiens. *Pr. Méd.*, 5 mai 1928, n° 36.

SABOURAUD (R.). — *Essai critique sur l'étiologie de l'eczéma*, 1900.

SABOURAUD (R.). — Les parakératoses microbiennes du bout des doigts. *Ann. de Derm.*, février 1931, n° 2.

SAVIGNAC (R.). — *Archives des Maladies de l'Appareil digestif et de la nutrition*, octobre 1927.

SÉZARY (A.). — Le problème de la sensibilisation et les méthodes de désensibilisation en dermatologie. *Revue critique de Pathologie et de Thérapeutique*, n° 1, février 1930.

THIERCELIN (E.). — Du diplocoque intestinal ou entérocoque. Son rôle dans la pathogénie de certaines affections digestives. *Bull. de la Soc. de Pédiatrie*, 1899.

THIERCELIN (E.). — Sur un diplocoque saprophyte de l'intestin susceptible de devenir pathogène. *Soc. Biologie*, 15 avril 1899.

THIERCELIN (E.). — Morphologie et modes de reproduction de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 24 juin 1899.

THIERCELIN (E.). — Procédés faciles pour isoler l'entérocoque des selles normales ; filtration des selles ; culture préalable et anaérobie. *Soc. Biologie*, 26 juillet 1902.

THIERCELIN (E.). — Formes d'involution de l'entérobactérie. *Soc. Biologie*, 10 janvier 1903.

THIERCELIN et JOUHAUD. — Reproduction de l'entérocoque. Taches centrales, granulations périphér. et microblastes. *Soc. Biologie*, 30 mai 1903.

THIERCELIN et JOUHAUD. — Discipline des variations de forme de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 6 juin 1903.

THIERCELIN et JOUHAUD. — Vitalité et nutrition de l'entérocoque. *Soc. Biologie*, 13 juin 1903.

TISSIER (H.). — Recherches sur la flore intestinale normale et pathologique des nourrissons. *Th. Paris*, 1900.

TOUZARD (J.). — L'intradermo-réaction dans les pyodermites et épidermomycoses. *Th. Paris*, 1929.

TRASTOUR (P.). — L'entérocoque. *Th. Paris*, 1904.
TRICOIRE. — Revue générale des infections à entérocoque. *Th. Lyon*, 1916.
TRICOIRE. — Note sur certains caractères culturaux de l'entérocoque notamment sur le développement de ce microbe en milieux sucrés. *Soc. Biologie*, 28 février 1920.
TRICOIRE. — Note sur l'agglutination de l'entérocoque par le sérum d'animaux immunisés et l'application de cette réaction à l'homme. *Soc. Biologie*, 13 mars 1920.
DE VAUGIRAUD. — Contribution à l'étude de l'érythrodermie desquamative des nourrissons. *Th. Paris*, 1913.
WEILL-HALLE. — *Soc. Pédiatrie*, avril 1931.
WEINBERG et DAVESNE (J.). — Rôle de l'entérocoque dans les associations microbiennes. *Soc. Biologie*, 21 janvier 1928, t. XCVIII, p. 196.
WEISSENBACH (R. J.). — Un bon caractère différentiel entre le streptocoque pyogène et l'entérocoque, résultat de l'ensemencement en eau peptonée, glucosée à la bile. *Soc. Biologie*, 3 juin 1918.
WEISSENBACH (R. J.). — Différenciation de l'entérocoque du streptocoque pyogène hémolytique et du streptocoque pyogène non hémolytique par l'ensemencement en eau glucosée, peptonée à la bile. *Soc. Biologie*, 12 octobre 1918.
WHITE (C.). — Infantile eczema and examination of the stools. *Archiv of Derm. and Syphil.*, janvier 1923, vol. VII.
WHITE (P. J.). — The relation between colic and eczema in early infancy. *Am. Jour. of diseases of childr.*, novembre 1929, n° 5.
WORINGER (P.). — Recherches sur l'allergie dans l'eczéma du nourrisson. *Société de Pédiatrie*, 16 décembre 1930.

LE RYTHME DE LA RÉSORPTION ET DE L'ÉLIMINATION DU BISMUTH

Par N. YERNAUX, professeur à l'Université de Louvain.

Pour bien apprécier la valeur thérapeutique d'une cure bismuthique, il est nécessaire de connaître exactement :

1° La quantité de bismuth métallique par injection ;

2° Le nombre d'injections ;

3° L'intervalle de temps entre les injections ;

4° La durée et le rythme de la résorption du composé bismuthique injecté.

Si nous pouvons, à notre gré, faire varier la quantité de bismuth injecté, le nombre des injections et l'intervalle de temps entre elles, nous ne pouvons influencer le rythme et la durée de la résorption qui dépendent de plusieurs facteurs : composition chimique du médicament, son excipient aqueux ou huileux, les variations individuelles de la résorption, etc.

Par conséquent, la durée et le rythme de la résorption de l'injection doivent être étudiés pour chacun de nos principaux médicaments bismuthiques, qui, malgré leurs caractéristiques particulières sont soumis à une formule générale de résorption que nous allons étudier.

Nous comptons, dans ce travail, apporter une contribution à cette étude, en démontrant que l'absorption dans les tissus et l'élimination par les émonctoires se font suivant une courbe géométriquement décroissante c'est-à-dire exponentielle.

En d'autres termes, la résorption et l'élimination sont proportionnelles à la quantité de bismuth présent dans les tissus.

Pour cette démonstration, nous emploierons les deux méthodes utilisées par les expérimentateurs :

1° Le contrôle au départ c'est-à-dire l'examen radiologique des dépôts injectés et

2° Le contrôle à la sortie c'est-à-dire le dosage du bismuth rejeté par les émonctoires.

ÉTUDE RADIOLOGIQUE DES DÉPOTS BISMUTHIQUES

Dès 1922, Lévy-Bing, Belgodère et Auclair signalèrent, en montrant des radiographies, qu'ils avaient pu contrôler le Bi injecté sous forme d'hydroxyde dans les muscles fessiers.

Sonenberg a pu suivre la résorption des dépôts de nitrate basique de Bi en suspension huileuse. La durée moyenne de résorption est de 55 jours. Cole, Farmer et Miskdjean étudiant l'absorption intramusculaire de quelques composés bismuthés insolubles trouvent qu'une suspension huileuse de Bi-métal (Burroughs Wellcome) restait visible jusqu'au 150e jour, l'oléate de Bi persiste le 68e jour.

Une suspension de salicylate de Bi (Park-Davis) est inabsorbée le 124e jour. Le bismogénol allemand est visible après le 44e jour. Plus rapide est l'absorption du tartrobismuthate potassique qui est absorbé en quelques semaines mais avec de grandes variations individuelles.

Laurent-Gérard et Æchslin constatent une résorption totale de l'isooxy-propylène-diarsinate de Bi en 5 semaines.

Par contre Hudelo, Rabut et Nadal constatent que l'iodobismuthate de quinine et le diarsinate de Bi se résorbent bien mais que les hydroxydes ne se résorbent que très imparfaitement. « Tous les malades, concluent-ils, quel que soit le nombre d'ampoules injectées et le délai écoulé entre la fin du traitement et la radiographie présentent des amas bismuthiques qui, dans la presque totalité des cas sont très importants et peuvent subsister encore au bout de 3 ans. »

Les radiographies présentées par Galliot à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, montrent toutes après une année, des dépôts irrésorbés, spécialement des hydroxydes et des carbonates. « De 10 à 12 mois après la dernière injection de bismuth, dit-il, il y a donc encore une rétention importante du médicament même chez ceux qui n'ont reçu qu'une série unique de 10 injec-

tions, soit environ 1 gr. 50 de bismuth-métal. Or, cette rétention paraît presque définitive chez la plupart des malades suivis depuis longtemps. Vous pourrez voir sur les photos faites en séries que la quantité de Bi persistant dans les muscles fessiers ne paraît pas changer. »

En conclusion, les composés bismuthiques montrent une grande différence dans la facilité avec laquelle ils sont absorbés par les tissus. Il importe avant tout de ne s'occuper que des produits bismuthés entièrement résorbables.

Jusqu'ici, les études radiographiques ont montré des dépôts bismuthés intramusculaires dont il est bien difficile de calculer la valeur pondérale à la vue des radiographies prises à différents stades de leur résorption. Si on peut calculer, en se servant de ces clichés radiographiques, le temps global approximatif de l'absorption, on ne peut en déduire le rythme.

Depuis 1923, nous avons beaucoup utilisé pour nos cures bismuthiques, une suspension huileuse de sous-gallate de Bi à 10 ou 15 o/o. Le sous-gallate est parfaitement toléré non seulement dans les muscles mais également dans le tissu sous-cutané.

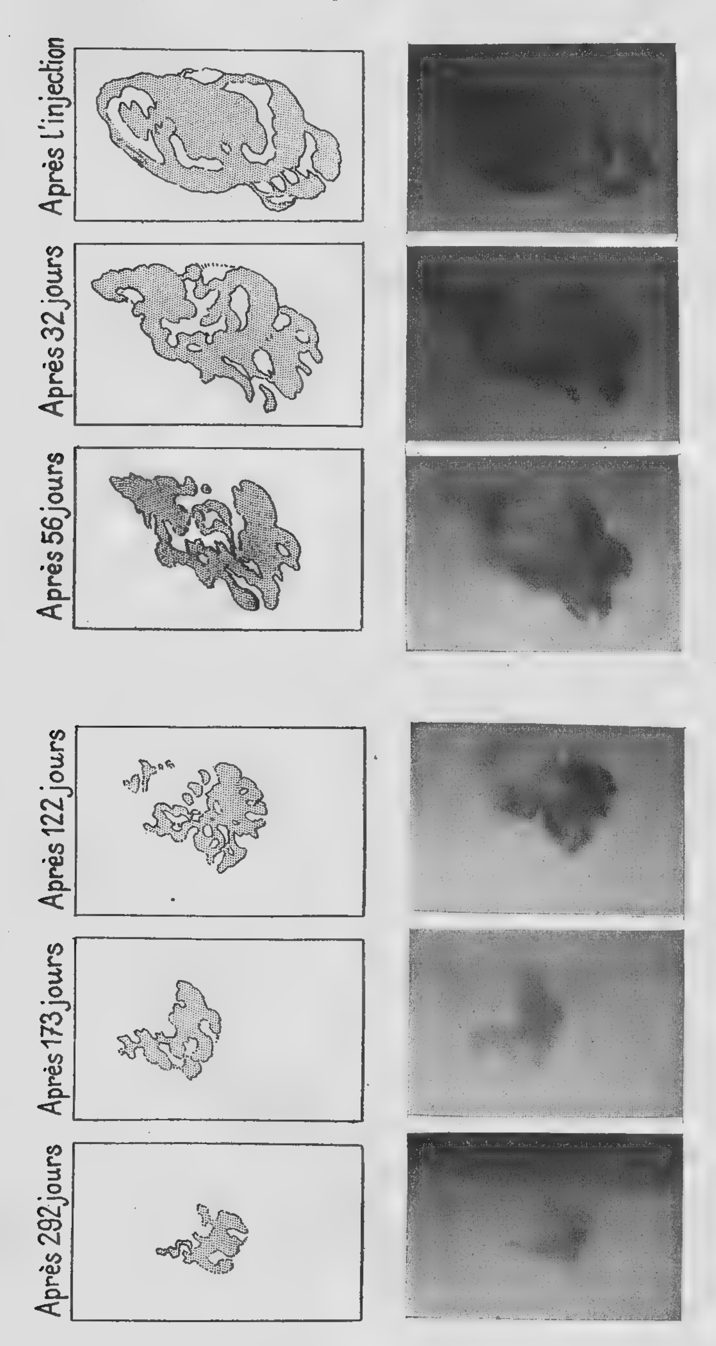
Alors que l'injection intramusculaire donne à la radiographie des traînées de Bi qui s'insinuent entre les fibres musculaires, le dépôt sous-cutané forme dans le pannicule adipeux, un amas plus ou moins globuleux quoique irrégulier mais dont on peut parfaitement suivre les phases successives de la résorption par la radiographie. Les images radiographiques conservent la même forme pendant tout le temps de la résorption et sont; par conséquent, comparables entre elles.

Nous avons ainsi injecté, à différents sujets, une seule injection dans le tissu sous-cutané de la région fessière. Ensuite, nous avons suivi la résorption de cette injection en prenant, en l'espace d'un an, de très nombreux clichés radiographiques.

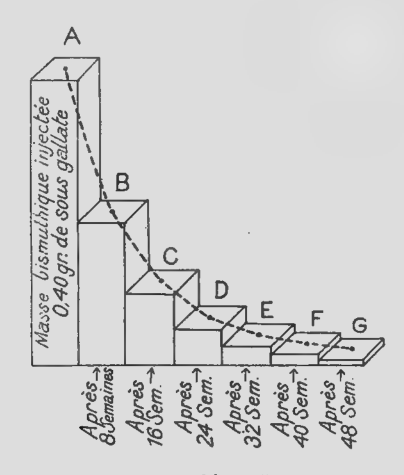
La comparaison de ces ombres radiographiques (véritables surfaces de projection de l'amas bismuthique) nous a permis de calculer le rythme de la résorption (*voir radiographies*).

En effet, les mathématiques nous enseignent que lorsque le volume d'une sphère se réduit de moitié la surface de son cercle c'est-à-dire sa surface de projection diminue d'un tiers environ (exactement de 1/2,7).

0,40 sous-gallate de Bi en suspension dans 2 c. c. d'huile d'olive.



Pour appliquer ces données, prenant comme point de départ la surface de projection obtenue immédiatement après l'injection, nous avons cherché, dans la série des clichés pris successivement au cours de la période de résorption d'une injection, celui qui présente une surface diminuée d'un tiers environ. Le temps écoulé entre les deux clichés correspond à la durée de résorption de la moitié de la masse bismuthique initiale. Ensuite, nous avons cherché les images radiographiques correspondant au quart, puis au huitième de la surface primitive, et ainsi de suite.



Graphique I.

Il faut en moyenne 8 semaines (56 jours) pour que le dépôt primitif soit réduit de moitié, 8 semaines encore pour que la masse restante soit à demi-résorbée. Et cela continue ainsi jusqu'à ce que le dépôt soit devenu invisible.

Chaque période d'environ 8 semaines pendant laquelle le dépôt perd par résorption la moitié de sa masse, pourrait être appelée « période divisionnaire ».

Cette période divisionnaire de 8 semaines est caractéristique de la résorption du sous-gallate de Bi en suspension huileuse.

Représentons la masse injectée par un parallélipipède A correspondant à la masse de Bi primitivement injecté. Disposons à côté de lui un second parallélipipède B correspondant à la masse bismuthique restante après 8 semaines (la moitié du volume de A).

Le parallélipipède C sera la moitié de B et ainsi de suite (*voir graphique I*).

La courbe qui réunit la partie supérieure de ces parallélipipèdes est une branche de courbe exponentielle caractérisée par des périodes divisionnaires de 8 semaines.

Elle correspond approximativement à l'expérience dont nous donnons les clichés radiographiques. Chez d'autres sujets la période divisionnaire pourra être un peu plus courte. Nous estimons que 8 semaines (56 jours) est une moyenne.

Nous avons, en effet, constaté dans nos expériences, de légères différences dans la durée de la résorption suivant les individus ou les endroits de l'injection. Lévy-Bing et Lafay avaient déjà signalé de semblables différences d'absorption et d'élimination dans les injections intramusculaires de Bi et de lipiodol, en rapport avec le repos au lit ou les mouvements du malade.

Conclusion. — L'examen des radiographies nous indique que la courbe de résorption du sous-gallate de Bi en suspension huileuse, injecté sous la peau, est, dans sa grande ligne, une branche de courbe exponentielle. Cela signifie qu'à tout moment, la résorption est, dans son ensemble, proportionnelle à la masse bismuthique présente dans le dépôt médicamenteux. Cette conception de la résorption est parfaitement logique.

II. — COURBE DE L'ÉLIMINATION DU BISMUTH

On pourrait objecter que la courbe de résorption, ainsi élaborée d'après la vue des radiographies prises pendant le décours de la résorption d'une injection bismuthique, manque de précision et qu'il est difficile de juger si cette courbe est arithmétiquement décroissante ou bien géométriquement décroissante c'est-à-dire exponentielle, comme nous l'affirmons.

Les analyses du Bi éliminé doivent nous apporter un argument puissant.

Il ne faut évidemment pas s'attendre à obtenir des chiffres mathématiquement exacts. Cela n'existe pas en biologie. Il suffit d'une grande approximation.

De nombreux auteurs ont étudié, par les méthodes les plus

diverses, l'élimination du Bi par les urines et les fèces. Généralement ils dosent la quantité de Bi par 24 heures. Or, ils trouvent, d'un jour à l'autre, des différences de chiffres considérables, dans leurs dosages. C'est qu'en effet, d'après le repos ou le mouvement ou d'autres circonstances non encore complètement étudiées, les éliminations varient considérablement.

Si on veut retrouver la courbe générale de l'élimination, dans la courbe notée jour par jour, il faut additionner les chiffres de toute une période divisionnaire et les comparer entre eux.

Alors, on retrouve les nombres en progression géométriquement décroissante. Il faut évidemment choisir, pour cette démonstration, des expériences poursuivies pendant un temps suffisamment long pour permettre de contrôler plusieurs périodes divisionnaires.

Les expérimentateurs qui ont dosé les éliminations n'ont pas retrouvé la totalité du Bi injecté. Des recherches ultérieures devront montrer, ou bien les défauts de la technique du dosage, ou bien les endroits ou le Bi se fixe. Mais, en tout cas, nous devons retrouver notre courbe dans les quantités éliminées, s'il y a un parallélisme entre la résorption et l'élimination.

Il eût été intéressant de doser le Bi éliminé par les sujets chez qui nous avons nous-mêmes pratiqué les injections de sous-gallate de Bi, cela ne nous a pas été possible.

Nous sommes forcés d'utiliser les expériences d'autres auteurs. Elles n'en sont pas moins démonstratives.

On trouve dans la littérature bien peu d'expériences utilisables pour cette démonstration. Les auteurs avaient, d'ailleurs, un tout autre but. Voici des exemples :

1° *Les expériences de Delrue* (1).

Dans une série d'expériences, Delrue a voulu comparer l'élimination du Bi métallique et du sous-gallate de Bi. Il conclut ainsi :

« Alors que le bismuth (Bi-métal) s'élimine exclusivement ou presque exclusivement par voie rénale, le dermatol (sous-gallate de Bi) emprunte régulièrement et simultanément les deux voies rénale et intestinale. »

(1) Sur l'élimination comparée du bismuthyl et du dermatol. *Arch. intern. de médec. expérim.*, mars 1927.

La plupart de ces expériences sont de courte durée et, par conséquent, inutilisables pour notre recherche de la courbe d'élimination.

Une seule (son observation VII, p. 179) est de longue durée. S'étant fait injecter à lui-même, dans les muscles fessiers, 112 milligrammes de Bi, sous forme de bismutyl (suspension glucosée de bismuth) *il a suivi pendant 166 jours* l'élimination du bismuth, dans les urines et les fèces. Il a retrouvé 28,5 o/o de la quantité injectée soit 31 millig. 95 : pendant les 5 premiers jours l'élimination fut minime. Les 5 premiers jours constituent le temps de mise en marche de la résorption. Notre première période divisionnaire commence le 6e jour et finit au moment où la moitié du Bi total retrouvé pendant toute l'expérience est éliminé c'est-à-dire le 25e jour. La période divisionnaire du bismutyl est, par conséquent, de 20 jours approximativement.

Si à partir du 6e jour, nous comptons les chiffres de l'élimination du Bi par périodes de 20 jours approximativement, nous obtenons le tableau ci-après :

5 jours de mise en marche. . .	0,14 mgr.
de 6 à 25 (20 jours)	14,86 »
de 26 à 45 (20 jours)	7,70 »
de 46 à 66 (21 jours)	4,15 »
de 67 à 85 (19 jours)	2,08 »
de 86 à 107 (21 jours)	1,24 »

On voit que, malgré les grands écarts journaliers, les périodes divisionnaires donnent des chiffres qui montrent bien la courbe décroissante qui figure l'élimination du Bi.

2° *Les expériences de Svend Lomhold.*

Svend Lomhold (1) étudie l'élimination de l'hydroxyde de Bi, de l'iodoquinio-bismuth et du tartrobismuthate de potassium et de sodium. Les éliminations sont variables non seulement d'après le composé bismuthique mais également d'après l'excipient.

Les écarts journaliers sont parfois très considérables. Aussi,

(1) *Ann. Dermat. et Syphiligr.*, mars 1925.

lorsque la période divisionnaire est de très courte durée (3 ou 5 jours) il suffit d'une élimination fortuitement exagérée pour masquer la courbe. Néanmoins, certaines de ses expériences ont montré une régularité suffisante pour qu'il soit facile de retrouver la courbe d'élimination progressivement décroissante.

Les expériences au moyen de l'hydroxyde n'ont pas été continuées pendant un laps de temps suffisant pour être utilisées. Retenons les expériences faites au moyen de la suspension aqueuse d'iodoquinio-bismuth et de la suspension huileuse de tartrobismuthate de potassium et de sodium. Nous comptons les éliminations par périodes divisionnaires.

Iodo-quinio-bismuth (suspension aqueuse) (expérience II, p. 178). Injection de 90 milligrammes de Bi.

Pendant les premières 24 heures, l'élimination monte pour atteindre son plein rendement vers le 2ᵉ jour. Dès lors, notre courbe commence au 2ᵉ jour. La période divisionnaire de l'iodo-quinio-bismuth en suspension aqueuse est de 4 jours. En additionnant les chiffres de chaque période divisionnaire nous obtenons :

1ᵉʳ jour de mise en marche. . .	3,37 mgr.
du 2ᵉ au 5ᵉ jour	20,67 »
du 6ᵉ au 9ᵉ jour	8,92 »
du 10ᵉ au 13ᵉ jour	5,74 »
du 14ᵉ au 17ᵉ jour	3,88 »
du 18ᵉ au 21ᵉ jour	1,19 »

Tartrobismuthate (*suspension huileuse*), p. 180. Expérience I.
La période divisionnaire du tartrobismuthate est de 3 jours.

1ᵉʳ jour, mise en marche. . . .	1,53 mgr.
du 2ᵉ au 4ᵉ jour.	7,80 »
du 5ᵉ au 7ᵉ jour.	3,06 »
du 8ᵉ au 10ᵉ jour.	1,89 »
du 11ᵉ au 13ᵉ jour.	0,92 »

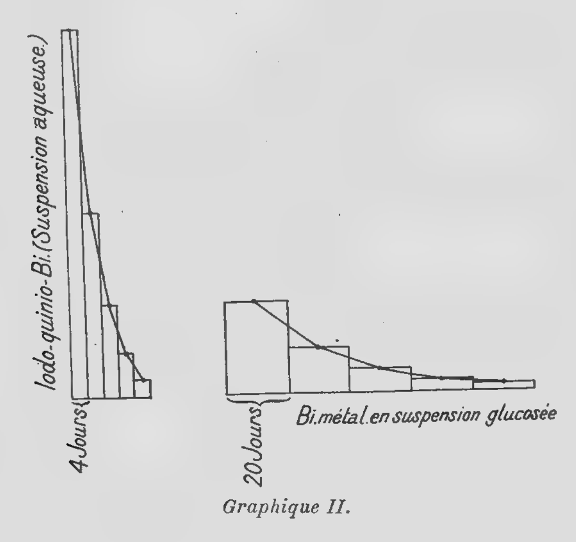
Conclusion. — La courbe géométriquement décroissante se retrouve dans l'élimination du bismuth après les injections du *bismuth métallique* de *l'iodo-quinio-bismuth* et du *tartro-bismuthate* de *sodium* et de *potassium*.

Cette courbe d'élimination confirme l'authenticité de la courbe de résorption.

III. — DÉDUCTIONS PRATIQUES

La courbe d'absorption et d'élimination nous permet quelques déductions pratiques applicables à la thérapeutique.

1° La notion la plus importante est la connaissance de la période divisionnaire pour chacun des composés bismuthés. Nous pouvons, d'après les radiographies et les études de la courbe des éliminations, fixer approximativement pour les médicaments dont il a été question dans le présent travail la période divisionnaire moyenne :



Graphique II.

a) Sous-gallate en suspension huileuse : 56 jours ;
b) Bi-métallique en suspension glucosée : 20 jours ;
c) Iodo-quinio (suspension aqueuse) : 4 jours ;
d) Tartro-bismuthate (suspension huileuse) : 3 jours.

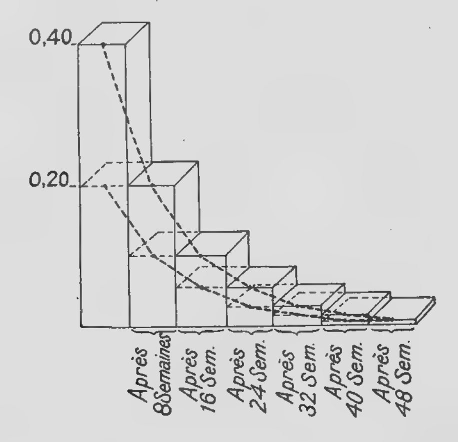
Dès lors, il nous est permis de comparer entre eux les médicaments bismuthés en tenant compte de leur plus ou moins grande facilité de résorption.

A dose égale de Bi, celui qui se résorbe le plus rapidement donnera la plus forte intensité thérapeutique, mais celle-ci sera de courte durée tandis que le médicament dont la résorption est lente aura une activité thérapeutique minime mais de longue durée.

En tenant compte des caractéristiques particulières de chacun des médicaments bismuthés, le clinicien établira sa cure thérapeutique en variant la dose par injection, l'intervalle entre deux injections, le nombre d'injections, l'opportunité de renouveler la cure après un temps déterminé.

A titre d'exemple, nous reproduisons dans le *graphique II* les courbes correspondant au Bi métallique et à l'iodo-quinio-bismuth.

Le graphique indique nettement que ce qui est gagné en intensité est perdu en durée et inversement.



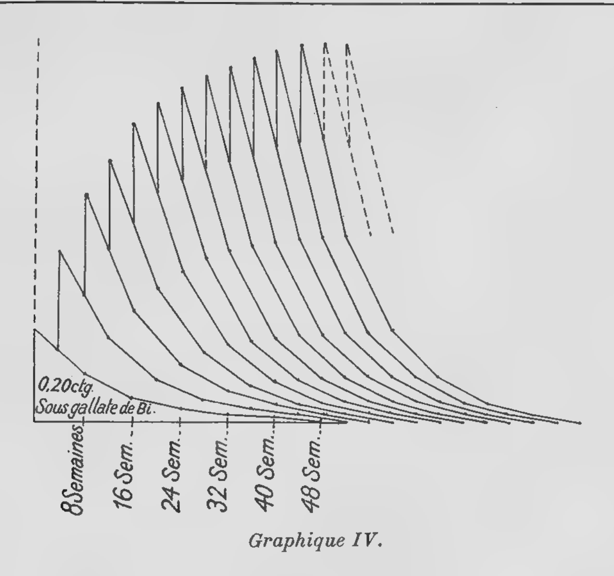
Graphique III.

Ce simple exemple montre toute l'importance qu'il faut attacher à la connaissance de la période divisionnaire d'un médicament bismuthique.

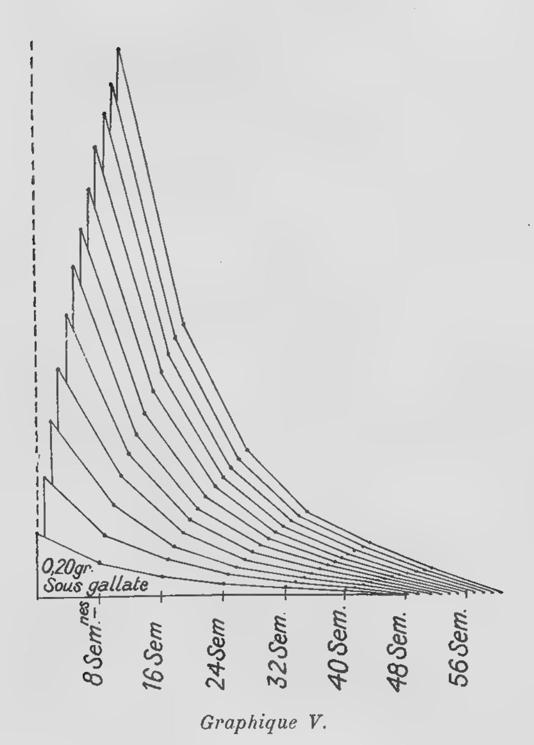
2° Si maintenant nous voulons comparer les doses simples et doubles d'un même Bi nous obtenons le *graphique III* qui démontre que si l'intensité thérapeutique est doublée pendant tout le cours de la résorption, sa durée est à peine prolongée au moment où son activité devient nulle.

Pour un même médicament, la quantité injectée règle l'intensité thérapeutique.

3° La masse totale de l'injection peut être représentée par une surface triangulaire limitée en haut par la ligne courbe exponentielle, en bas par l'abscisse sur laquelle nous inscrivons le temps et à gauche par l'ordonnée où sont inscrites les doses. Nous ne tenons



Graphique IV.



Graphique V.

pas compte du temps du début de la résorption (ce temps est la mise en marche de l'absorption) car cela rendrait la représentation graphique compliquée et difficile. Cette omission est sans importance.

On pourrait donc schématiquement représenter une cure par la superposition des surfaces triangulaires représentant chacune une injection. Pour une injection tous les mois avec 20 centigrammes de sous-gallate dont la période décroissante est de 8 semaines nous obtiendrons le *graphique IV.*

Nous constatons que l'activité augmente cependant tout le temps de la résorption de la première injection. A ce moment l'activité atteint un plateau qui ne pourra jamais s'élever plus haut avec la dose employée et l'intervalle de 4 semaines entre deux injections.

On constate qu'après la cessation des injections l'activité thérapeutique tombe rapidement.

Cette représentation graphique n'est évidemment pas un modèle de cure. Elle est destinée à la démonstration. La cure se fait en injections hebdomadaires ou bihebdomadaires.

Voici un autre graphique représentant une cure de 12 injections faites toutes les semaines (*graphique V*).

L'intensité de l'action thérapeutique augmente avec le nombre des injections, mais tombe ensuite rapidement suivant une courbe géométriquement décroissante.

Conclusions.

1° Malgré les grands écarts journaliers, le rythme de l'absorption et de l'élimination des produits bismuthés peut être représenté par une courbe géométriquement décroissante c'est-à-dire exponentielle.

L'absorption et l'élimination sont donc proportionnelles à la quantité de Bi présent aux endroits injectés.

2° La notion de période divisionnaire c'est-à-dire le temps pendant lequel la moitié de la quantité de Bi introduit dans l'organisme, se résorbe et s'élimine est capitale pour comparer entre eux les médicaments bismuthés, au point de vue de l'intensité et de la durée de leur action thérapeutique.

3° Pour les cures de fond par le Bi nous restons fidèles au sous-gallate de Bi en suspension huileuse pour les raisons suivantes :

a) Il se résorbe complètement sans enkystement et sans douleur en injection sous-cutanée. Les dangers de l'injection intra-musculaire sont ainsi écartés ;

b) Nous connaissons la durée et le rythme de son absorption par le tissu sous-cutané et nous pouvons ainsi juger de l'intensité et de la durée de l'activité thérapeutique d'une cure ;

c) Son élimination se fait simultanément et également par les reins et les fèces, circonstance qui ménage fort les reins.

L'INFLUENCE DES FACTEURS BALNÉOTHÉRAPEUTIQUES LES PLUS IMPORTANTS SUR LE PASSAGE PAR LES BARRIÈRES HÉMATO-ENCÉPHALIQUES, DES AGENTS ANTISYPHILITIQUES

Par M. le professeur W. M. WERZILOV
et MM. les docteurs A. R. CHOUGAME et KH. M. FREYDINE
Travail de la Clinique des maladies nerveuses (directeur : professeur W. M. Werzilov) et de l'Institut balnéologique central d'Etat, à Moscou (directeur : Privat-Docent G. U. Danichevsky).

On sait que, parmi les formes organiques des maladies nerveuses, c'est la neurosyphilis pour laquelle la balnéothérapie est des plus indiquée et qu'elle est très souvent adressée aux stations balnéaires pour y être traitée. C'est pourquoi la Clinique des maladies nerveuses de l'Institut balnéologique central a inclus dans le programme de ses travaux, l'étude de l'influence des facteurs balnéothérapeutiques les plus importants sur cette affection.

Pour étudier l'influence des bains de boue, d'hydrogène sulfuré et des procédés physiothérapeutiques sur la régénération du nerf, tant indépendamment qu'en les combinant entre eux, l'on a entrepris des recherches expérimentales qui, sur la base du tableau histologique, ont donné la possibilité de faire une appréciation comparée de l'action de tels ou tels procédés ci-dessus indiqués sur la régénération du nerf.

Le problème que nous nous sommes posé était l'étude de l'influence sur l'évolution de la syphilis nerveuse des procédés balnéaires seuls et combinés à la thérapie spécifique. Empiriquement, on a déjà depuis longtemps remarqué l'action favorable du traitement combiné de la neurosyphilis par les agents balnéothérapeutiques associés simultanément aux séries spécifiques (travaux d'Efron, Serguiévsky et Popoff, Znamensky, Chostakovitch, et des

auteurs du présent travail, etc.). Pour éclaircir cette question, nous avons entrepris une série de travaux expérimentaux afin d'étudier le passage par les barrières hémo-encéphaliques de l'iode, du mercure, du bijochinol (Quinby russe) et du néosalvarsan, sous l'influence des principaux facteurs balnéothérapeutiques. Autant est riche la bibliographie relative à l'étude de l'action des facteurs physiques, chimiques, mécaniques, biologiques et autres sur la perméabilité des barrières hémo-encéphaliques (Weil et Kafka, Cavazzani, Walter, Flattau, Stern et son école), autant cette question concernant l'action des facteurs balnéaires sur les barrières hémo-encéphaliques n'est pas du tout traitée, et nous n'avons pu trouver aucune indication à ce sujet ni dans la littérature générale, ni dans la littérature spéciale consacrée aux stations thermales. La première partie de ce travail concernant ce sujet a été publiée dans le *Vratchebnoïé Délo* (nos 13-14, 31 juillet 1929) (1).

En étudiant l'action des bains de boue minérale et d'hydrogène sulfuré à la station de Matzesta (2), bains à teneur en hydrogène sulfuré, température et durée, variables, nous avons, par la méthode de Groak pour la détermination de l'iode dans le liquide céphalo-

(1) Analysé par Bermann dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, VIe série, t. X, n° 12, décembre 1929, p. 1408.

(2) Matzesta est une des stations balnéraires les plus riches en hydrogène sulfuré du monde. Elle est située à 12 kilomètres de la station thermale de Sotchi et à 2 kilomètres de la Mer Noire dans un beau col couvert de forêts. Le tableau ci-dessous montre la quantité de H^2S et des autres parties composantes des sources des 3 trous de mine qui amènent, à l'aide de tuyaux de céramique, les eaux minérales dans le bâtiment des bains.

	2e trou de mine	3e trou de mine	4e trou de mine
Débit	30.000	298.000	307.000
Température.	25°5 C.	26°6 C.	26°2 C.
Hydrogène sulfuré . . .	0 gr. 112	0 gr. 199	0 gr. 280
Chlore.	3 gr. 37	5 gr. 46	7 gr. 43
Résidu sec	6 gr. 20	9 gr. 62	12 gr. 72

Vu que l'eau des bains se compose de toutes les 3 sources, la quantité moyenne de H^2S, après le passage des eaux par les tuyaux, leur chauffage et leur mélange, est égale à 0 gr. 176 par litre d'eau de bain.

En somme, les sources minérales de Matzesta représentent une solution presque physiologique de chlorure de sodium avec des carbonates de calcium et de magnésium, une légère quantité d'acide carbonique et une concentration énorme d'hydrogène sulfuré, mettant Matzesta, à la première place parmi les stations sulfureuses les plus renommées du monde.

rachidien et le cerveau et par celle de Stoukowenkow pour la détermination du mercure, établi que 5 injections intraveineuses d'iodure de sodium faites au lapin à la dose de o gr. 50 et 10 bains de Matzesta (à concentration diverse en H^2S) ou 10 bains de boue, montraient une augmentation considérable de la pénétration, à travers les barrières hémo-encéphaliques, de l'iode et du mercure, en comparaison avec les animaux de contrôle.

En s'appuyant sur nos observations nous avons tiré une conclusion ayant une valeur non seulement scientifique, mais aussi pratique, notée pour la première fois dans l'histoire de la balnéologie, notamment, que, dans les bains de boue minérale et d'hydrogène sulfuré, nous avons une méthode contribuant au passage de l'iode et du mercure par les barrières hémo-encéphaliques, ce qui peut avoir une grande importance dans la thérapie de la neuro-syphilis.

Les données que nous avons obtenues au cours de l'emploi des bains de Matzesta sur le passage de l'iode et du mercure dans le liquide céphalo-rachidien et la substance cérébrale (1) ont posé devant nous la question si ce ne sont que les bains dans les eaux de Matzesta riches en hydrogène sulfuré qui sont les facteurs curatifs actifs et si la pénétration de H^2S par une autre voie ne joue pas ici un rôle.

On sait que lors de la préparation des bains et de l'immersion du malade, sous l'influence de la température, etc., une certaine quantité de gaz, en vertu de la différence de la pression partielle, se dégage et se trouve toujours dans l'atmosphère des salles des bains ; d'après les dernières recherches, cette quantité va de o mgr. 06 à o mgr. 014 par litre d'air. C'est depuis longtemps que les personnes travaillant à la station de Matzesta ont pris garde à la présence de H^2S dans l'atmosphère des salles de bains, mais la question était posée principalement en relation avec l'étude des nocivités professionnelles pour le personnel des bâtiments des bains.

C'est pourquoi, MM. les docteurs A. R. et I. R. Chougame ont fait une série d'expériences dans cette direction pour étudier l'influence de l'atmosphère des salles du bâtiment des bains sur la

(1) V. *Vratchébnoïé Délö*, nos 13-14, 31 juillet 1929, pp. 893-896 ou l'analyse de cet article dans les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, n° 12, décembre 1929, p. 1408.

perméabilité des barrières hémo-encéphaliques (1) ; ils pratiquaient sur des lapins, dans la veine circulaire de l'oreille, des injections intraveineuses d'iodure de sodium à la dose de 0 gr. 50, en tout 5 injections faites tous les 2 jours ; pendant 11 jours de suite, 10 heures par jour, les auteurs plaçaient ces lapins dans la chambre expérimentale du pavillon des bains de la vieille Matzesta. Au bout de ces 11 jours, ils examinaient, d'après la méthode mentionnée de Groak, le sang et le liquide céphalo-rachidien des animaux, au point de vue de la concentration de l'iode. En comparaison avec les animaux de contrôle qui avaient reçu des injections, mais n'étaient pas placés dans la chambre des bains, les animaux en expérience montraient une augmentation de la teneur de l'iode dans le liquide céphalo-rachidien de 21 o/o. Il est vrai que les animaux se trouvaient dans des conditions manifestement toxiques et il n'est pas possible de rapporter totalement les données de cette expérience à l'homme, mais nous devons admettre partiellement l'influence d'un facteur de plus sur la perméabilité des barrières hémato-encéphaliques, à part l'immersion dans le bain de Matzesta, c'est l'action de l'inspiration de l'atmosphère de la salle de bain renfermant l'hydrogène sulfuré.

L'étape suivante de notre travail était l'étude du passage du bijochinol et du néosalvarsan à travers les barrières hémo-encéphaliques sous l'action des bains de Matzesta. Pour ce travail, nous nous sommes également servis des lapins. Nous devons noter ici que la question du passage du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien, ainsi que de l'iode, n'est pas encore complètement éclairée. Tandis que Jeanselme, Delalant et Terris nient la pénétration du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien, Fournier et Guénot, Leclerc, Aubry, Demalin sont arrivés à une conclusion contraire, pendant que Levaditi et Sazerac, Efron et Grjébine trouvaient le bismuth dans la substance cérébrale.

Quant à l'influence des procédés variés sur le passage du bismuth par les barrières hémo-encéphaliques, les dernières études relatives à ce sujet (Stern, Tzeytline, Lokchine) montrent la dépendance de ce passage dans le système nerveux central de la force du facteur (par exemple, la diathermie) et de la durée de son application.

(1) V. les *Travaux de l'Institut central balnéologique*, t. III.

Dans nos expériences faites pour étudier le passage du bismuth, l'on peut distinguer 3 séries d'observations :

Le premier groupe comprenait des lapins ayant reçu 5 injections intramusculaires de bijochinol à la dose de 0 gr. 50 chacune et qui, en plus, ont reçu des bains à la même concentration que ceux donnés aux malades, c'est-à-dire, renfermant 170-180 milligrammes par litre d'eau à 34° C., 10 bains quotidiens de 10 minutes de durée.

Dans le deuxième groupe se trouvaient des lapins ayant reçu 5 injections de 0 gr. 80 de bismuth faites tous les 2 jours et des bains quotidiens d'eau de Matzesta non chauffée, prise directement aux sources et contenant environ 250 milligrammes de H^2S par litre d'eau, le nombre des bains ayant été également de 10.

Le troisième groupe se composait de lapins ayant reçu les mêmes injections de bijochimol et les mêmes bains d'eau non chauffée ayant la même teneur de H^2S, mais qui, en même temps, ont eu une injection intraveineuse de néosalvarsan à la dose de 0gr. 15.

Ainsi que dans toutes les expériences précédentes, une demi-heure après le dernier bain, l'on prélevait, par la ponction du IV[e] ventricule, le liquide céphalo-rachidien que l'on examinait par la méthode colorimétrique des Béronger, pour établir la concentration du bismuth.

Dans toutes les 3 séries d'expériences, nous avons constaté la présence du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien de tous les animaux, tant en expérience que de contrôle ; de cette manière, nous notons avant tout dans nos expériences, le passage du bismuth à travers les barrières hémo-encéphaliques observé dans tous les cas.

Dans le premier groupe, la teneur du bismuth chez les animaux en expérience et de contrôle se traduisait, il est vrai, par des chiffres insignifiants, des centièmes de milligramme.

Si nous examinons les chiffres moyens chez les lapins de contrôle, nous constaterons que 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien contient 0 mgr. 007 de bismuth, tandis que 1 centimètre cube de liquide céphalo-rachidien chez les animaux expérimentés renferme 0 mgr. 019 de bismuth, c'est-à-dire, un peu plus que le double, en comparaison avec les animaux de contrôle.

Dans la deuxième série, la concentration du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien des animaux en expérience monte forte-

ment et se traduit par le chiffre de 0 mgr. 22 par centimètre cube, l'augmentation étant, par conséquent, de plus de 10 fois. Ce fait intéressant de l'élévation considérable de la substance expérimentée dans le liquide céphalo-rachidien, avec l'augmentation de la dose introduite, s'accorde avec les indications de Morgenstern et Birukoff sur la concentration suffisante de la substance introduite, dans le cas donné, du bismuth.

Mais c'est surtout dans la troisième série que nous avons observé une augmentation brusque de la teneur du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien, cette série comprenant les animaux qui ont reçu des injections simultanées de bijochinol et de néosalvarsan. Le rapport du bismuth chez les animaux de contrôle et ceux en expérience s'est conservé le même que dans la première série, c'est-à-dire, que les animaux expérimentés présentaient une concentration double de celle des animaux de contrôle.

Nos observations personnelles nous amènent aux conclusions que voici :

1. Dans toutes nos expériences, le bismuth pénétrait dans le liquide céphalo-rachidien, tant chez les animaux en expérience que chez les animaux de contrôle ;

2. Plus la dose de bismuth injecté était élevée et plus la concentration de H^2S dans le bain était grande, plus on trouvait de bismuth aussi dans le liquide céphalo-rachidien ;

3. L'introduction simultanée du bijochinol et du néosalvarsan augmentait fortement la pénétration du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien et, la principale,

4. La concentration du bismuth dans tous les groupes d'expériences était plus élevée chez les animaux d'expérience que chez ceux de contrôle, c'est-à-dire, que les bains de Matzesta augmentent la pénétration du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien.

La dernière série de nos expériences comprenait l'étude de la pénétration du néo-salvarsan dans le liquide céphalo-rachidien.

Comme on le sait par la littérature, Hoff a établi expérimentalement que le néosalvarsan introduit dans la circulation sanguine s'élimine très rapidement de l'organisme.

Quant à la constatation de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien, il existe, à ce sujet, des opinions différentes. Camp, par exemple, en injectant le néosalvarsan dans la veine, ne trouvait

habituellement pas d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien ; il ne l'y trouvait qu'en cas d'affection méningée. Ravaut ne trouvait des traces d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien qu'en cas d'injections intraveineuses de fortes doses de néosalvarsan.

Chez les paralytiques généraux traités par des doses élevées de néosalvarsan, Weichbrodt décelait constamment des traces d'arsenic dans le système nerveux. On retrouve également l'arsenic au taux de 1 milligramme par centimètre cube de liquide céphalo-rachidien dans la méthode de Corbus, Boud et Vincent, employée dernièrement en Amérique. Comme on sait, cette méthode est basée sur l'introduction de fortes doses de néosalvarsan, avec introduction simultanée d'une solution de chlorure de sodium très hypertonique.

C'est pourquoi, dans nos expériences, nous avons employé des doses élevées de néosalvarsan.

Dans cette série, nous avions 2 groupes de lapins : le premier, où les animaux ne recevaient que du néosalvarsan, à la dose de 0 gr. 15 par injection intraveineuse, et le second, où, comme nous disons plus haut, l'on pratiquait simultanément une injection intraveineuse de néosalvarsan, à la même dose, et une injection intramusculaire de bijochinol.

A côté des animaux de contrôle qui recevaient des injections des substances ci-dessus indiquées, nous avions, de même que dans les expériences précédentes, aussi des animaux en expérience qui prenaient simultanément des bains de Matzesta, contenant approximativement 250 milligrammes de H^2S par litre d'eau.

Les recherches de l'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien et le sang ont été pratiquées selon la méthode de Langer-Black (*Journ. Soc. Méd.*, 26, 1907).

L'hydrogène arsénieux dégagé dans cette méthode colore les bandes de papier sèches, imbibées préalablement d'une solution de bichlorure de mercure ($HgCl^2$) à 5 o/o et ensuite desséchées.

Nous comparions la teinte des bandes de papier au sublimé ci-dessus mentionnées obtenue dans nos expériences avec des bandes de papier colorées, standards, étalons.

A l'examen du liquide céphalo-rachidien des animaux de contrôle, l'on obtenait une teinte à peine visible des bandes de papier correspondant à des traces d'arsenic insignifiantes, à peine décelables

par cette méthode. Chez les animaux en expérience, cette teinte était plus prononcée (au moins 2 fois plus intense), mais quand même ne montrait une concentration d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien de ces animaux que de 1 à 2 millièmes de milligramme.

Le sang des animaux, tant expérimentés que de contrôle, ne contenait qu'environ 5 millièmes de milligramme d'arsenic.

De cette façon, dans les recherches de la perméabilité des barrières hémo-encéphaliques au néosalvarsan également, nous voyons, ainsi qu'au cours des expériences avec le bijochinol, une pénétration considérable (plus de 2 fois), en comparaison avec le contrôle, du néosalvarsan lors de l'emploi des bains de Matzesta.

Nous avons déjà noté plus haut le fait intéressant que l'introduction simultanée du bijochinol et du néosalvarsan augmentait énormément le passage du bismuth par les barrières hémo-encéphaliques, en comparaison avec les expériences où l'on n'injectait que le bismuth seul.

Le néosalvarsan semblait ouvrir la porte à une pénétration plus grande du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien, mais la pénétration du néosalvarsan même était sensiblement la même, tant à son introduction seul, qu'à son association au bijochinol, dépassant, comme nous l'avons dit plus haut, de 2 fois la quantité d'arsenic dans le liquide céphalo-rachidien chez les animaux qui recevaient en même temps des bains de Matzesta, en comparaison avec les animaux de contrôle.

Ainsi donc, lors de l'introduction du néosalvarsan, l'arsenic, de même que le bismuth, lors de l'introduction du bijochinol, passe en plus forte quantité par les barrières hémo-encéphaliques, si l'on emploie les bains de Matzesta.

Résumons tous nos travaux. Le premier fait qui saute aux yeux est celui que, dans toutes nos expériences avec l'iode, le mercure, le bijochinol et le néosalvarsan, nous voyons partout que les bains sulfurés de Matzesta apparaissent comme un procédé contribuant à une pénétration plus grande dans le système nerveux de tous les agents mentionnés de la thérapie spécifique. Les centaines d'analyses faites n'ont donné aucune exception de cette règle.

Le deuxième fait attirant l'attention, c'est la perméabilité inégale aux divers agents de traitement spécifique sous l'effet des bains de

Matzesta. Pendant que la pénétration de l'iode sous l'influence des bains de boue et sulfurés se traduit par une augmentation relativement légère (25 et 51-53 o/o dans le liquide céphalo-rachidien et le tissu cérébral) en comparaison avec le contrôle, la pénétration du bijochinol et du néosalvarsan, sous l'effet des bains de Matzesta, s'élève de plus de 2 fois, en comparaison avec les observations de contrôle.

Le troisième fait qui avait lieu dans nos recherches, c'est l'augmentation de la pénétration de ces médicaments par les barrières hémo-encéphaliques, d'une part, par l'augmentation des doses introduites dans l'organisme de l'animal, et, d'autre part, par l'élévation de la concentration de H^2S dans le bain.

Le quatrième fait intéressant est qu'avec l'introduction simultanée dans l'organisme de l'animal du bijochinol et du néosalvarsan, la teneur du bismuth dans le liquide céphalo-rachidien s'élevait fortement, en comparaison avec les expériences où l'on n'introduisait que du bijochinol seul. Nous avons dit que le néosalvarsan paraissait ouvrir la porte dans la barrière hémo-encéphalique. Il est possible que ce soit l'injection de doses presque limites pour le lapin (o gr. 15) agissant toxiquement et contribuant à une pénétration plus forte du bismuth qui ait joué ici un rôle, mais en tout cas ce fait mérite l'attention et demande des observations, des confirmations et des vérifications ultérieures.

Le cinquième fait, nous ne pouvons pas laisser sans attention l'action de l'inspiration seule de H^2S sur la pénétration de l'iode par les barrières hémo-encéphaliques. Il est vrai que dans ces expériences les animaux ont été mis dans des conditions manifestement toxiques, ne pouvant ne pas se faire sentir sur les barrières hémo-encéphaliques, et les résultats obtenus ne peuvent pas entièrement être rapportés à l'homme, mais quand même surgit la question de la valeur possible, au cours du passage de l'iode par les barrières hémo-encéphaliques, non seulement des bains mêmes, mais aussi de l'inspiration de H^2S de l'atmosphère de la salle des bains.

Toutes ces données ci-dessus indiquées nous fournissent une base pour tirer la conclusion que nous avons notée les premiers, lors de l'étude des barrières hémo encéphaliques (conclusion d'une grande importance) que les bains sulfureux de Matzesta présentent un moyen puissant d'élever la perméabilité du système nerveux central pour divers agents du traitement spécifique.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mars 1931.

Annales de l'Institut Pasteur (Paris).

Lèpre et virus filtrable, par J. Markianosi. *Annales de l'Institut Pasteur*, t. XLVI, n° 3, mars 1931. p. 291.

La lèpre des rats causée par un bacille acido-résistant (B. de Stephansky) comparable à celui de Hansen, non cultivable, non inoculable en dehors des animaux de l'espèce murine, a fait l'objet de nombreux travaux du Professeur Marchoux et de ses élèves. L'étude comparative de la lèpre des rats les amena à admettre pour la lèpre humaine :

1° Que dans la maladie de Hansen, il existe un virus capable de traverser la bougie Chamberland ;

2° Que le virus filtrable est capable de reproduire la maladie ;

3° Que les jeunes sujets se montrent plus sensibles à cet ultra-virus lépreux que les adultes ;

4° Que le stade granulaire fait partie de l'évolution de l'ultra-virus vers le stade bacillaire et du stade bacillaire vers l'ultra-virus.

H. Rabeau.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

La réaction de Dold (réaction de Wassermann sur le liquide de lavage du caillot sanguin) comparée à la méthode habituelle, par Wyss-Chodal. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 3, mars 1931, p. 161.

Cette méthode consiste, dans les cas où on ne dispose pas de sérum en quantité suffisante, à ajouter au caillot son volume d'eau physiologique, à agiter avec précaution. Le liquide de lavage inactivé à 56° est centrifugé, et utilisé tel quel pour la réaction. Les résultats furent concordants pour l'auteur dans 66 o/o des cas, légèrement différents dans 30 o/o, franchement différents dans 6 o/o.

Cette réaction peut être tenue pour exacte, à peu près dans tous les cas où elle est positive. Les statistiques de certains auteurs sont plus favorables, elles dépendent nettement de la quantité de sérum qu'on a laissé avec le caillot.

H. Rabeau.

Peut-on utiliser la méthode de Dold pour l'examen des sérums syphilitiques par la méthode de Vernes ? par Wyss-Chodal. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 3, mars 1931, p. 164.

L'auteur a pratiqué la réaction de Vernes avec la solution de péréthynol utilisée pour le liquide céphalo-rachidien. Le fait de la notation révèle des différences plus grandes entre la réaction de Vernes, et la réaction de Vernes-Dold, qu'entre la réaction de Wassermann et celle de Dold. En général, on a un Vernes-Dold positif quand le Vernes habituel est négatif. Il semble préférable, quand la quantité de sérum est insuffisante de la diluer en proportions définies avec du sérum physiologique. H. Rabeau.

Bubon ganglionnaire épidémique et poroadénite de Nicolas et Favre, par E. Coutis. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 3, mars 1931, p. 168.

C. pense qu'il faut séparer les entités nosologiques, poroadénites de Durand, Nicolas et Favre et bubon climatique, « celle-là est une affection locale, celle-ci une affection à début général avec localisation dans les ganglions inguinaux et iliaques profonds ». Il donne une description du bubon climatique, mais sa conception de la poroadénite s'éloigne quelque peu de celle des auteurs lyonnais.

H. Rabeau.

Deux cas de syphilisation par transfusion pour rajeunissement, par Gougerot, Fiessinger, Bruno et Dalles. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 3, mars 1931, p. 174.

Ces observations ont été présentées à la Société française de Dermatologie et Syphiligraphie, le 11 décembre 1930. Hudelo y ajouta l'observation d'un cas analogue. Les auteurs les publient dans les *Annales* pour instruire médecins et malades de ces risques de syphilisation dans les transfusions même en prenant des précautions. La transfusion doit être réservée à des cas d'urgence ou à des maladies graves.

H. Rabeau.

Deux cas de chancre syphilitique du nez, par Lévy-Bing et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 3, mars 1931, p. 176, 2 fig.

Cette localisation est assez rare. Fournier l'a notée 13 fois sur 94 cas de chancre du visage. Dans les deux observations qu'ils publient, le chancre est de large surface, l'adénopathie sous-maxillaire correspondante volumineuse (surtout cas n° 1). Le diagnostic n'est pas délicat en lui-même, sa difficulté vient de ce qu'on ne pense pas toujours à la syphilis en présence d'une lésion extragénitale.

H. Rabeau.

Annales de Médecine (Paris).

Les troubles de la fonction thyroïdienne et leur action sur le système pileux, par P. Sainton et H. Simonnet. *Annales de Médecine,* t. XXIX, n° 3, mars 1931, pp. 263-270.

L'insuffisance thyroïdienne altère les poils, qui se raréfient, et les cheveux qui perdent leur souplesse mais ne disparaissent pas tous. Le signe de la queue du sourcil n'est pas pathognomonique ; l'auteur l'ayant observé chez des hyperthyroïdiens.

L'hyperthyroïdie a pour conséquences de la chute des poils ou du blanchiment totaux ou partiels : mèche basedowienne, décolorée, pelade ou même vitiligo. A noter ici la fréquence des antécédents basedowiens rencontrés chez les malades atteints de canitie partielle ou de pelade. Toute une série d'expériences chez l'animal montrent, en particulier chez les gallinacés, le rôle de l'extrait thyroïdien dans la production de ces phénomènes chez l'animal en expérience et ses descendants. L'extrait de goitre basedowifié produit le même effet, alors que le goitre simple est inactif. L'extrait surrénal agit synergiquement avec l'extrait thyroïdien dont il accentue et accélère l'action, alors que seul l'extrait surrénal est sans influence sur le plumage ou le système pileux. Quand l'hyperthyroïdisme est prouvé, l'hémato-éthyroïdine ou la radiothérapie du corps thyroïde peuvent expérimentalement et en clinique humaine donner de bons résultats dans le traitement de l'alopécie ou de la canitie partielles.

A. Bocage.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

De l'emploi des injections de glycérine dans le traitement des varices par la méthode sclérosante, par F. Maignon, C. Grandclaude et M. Lambret. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CV, 95e année, n° 2, 17 mars 1931, pp. 464-466.

Expérimentalement chez le chien deux injections de 3 à 5 centimètres cubes de glycérine faites à 6 ou 10 jours d'intervalle assurent une oblitération parfaite des veines sans le moindre risque d'intoxication ou de réaction générale. Il semble que la première injection ait un effet de sensibilisation, car il est absolument nécessaire d'en faire une deuxième et de respecter l'intervalle indiqué si on veut une bonne oblitération. A. Bocage.

Phénomènes apportés par l'irradiation sur le tissu cutané et la glande génitale mâle du lapin en fonction de l'état biologique de l'animal, par A. et R. Sartory et J. Meyer. *Bulletin de l'Académie de Médecine,* 3e série, t. CV, 95e année, n° 11, 17 mars 1931, pp. 466-469.

De ce travail très documenté résulte que d'une part le fractionnement du rayonnement, d'autre part la préparation de l'animal par l'in-

gestion d'une préparation opothérapique cutanée, diminuent les effets nocifs des radiations par action protectrice élective sur le tissu cutané et les organes vasculo-conjonctifs normaux.

A. Bocage.

Sels halogénés de magnésium et cancérisation expérimentale, par P. Delbet et Palios. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CV, 95e année, n° 12, 24 mars 1931, pp. 508-509.

Du 5 juillet au 3 décembre 1929, 12 lapins subissent 27 badigeonnages des oreilles avec du goudron ; à cette date, 7 animaux sont morts. Des 5 autres, 2 servent de témoins, 3 ont reçu du magnésium en injections quotidiennes de solution isotonique de sels halogénés, d'abord 4 centimètres cubes du 1er novembre 1929 au 24 février 1930, puis 8 centimètres cubes depuis cette date.

Un des témoins est mort le 7 mai d'un cancer indiscutable généralisé ; l'autre a fini par guérir spontanément d'une tumeur histologiquement cancéreuse. Des 3 lapins magnésiés, l'un est mort en février avec des lésions papillomateuses en voie de rétrocession depuis la cessation des badigeonnages, et devenues insignifiantes ; un autre est mort en juillet ne présentant plus aucune lésion depuis la fin d'avril ; le troisième survit après avoir présenté de très gros papillomes qui se flétrissent de plus en plus sans présenter la moindre tendance à la cancérisation.

A. Bocage.

L'anaphylaxie à l'insuline et la pathogénie de certains accidents d'intolérance à l'insuline, par A. Cade, P. Barral et J. Roux. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 3e série, t. CV, 95e année, n° 13, 31 mars 1931, pp. 575-579.

Parmi les manifestations anaphylactiques observées, mentionnons les réactions locales pseudo-phlegmoneuses et les réactions générales à types variés, urticaire, prurit, érythèmes scarlatiniformes et morbilliformes, œdèmes, érythrodermie œdémateuse ortiée. Une expérimentation sur l'animal montre que l'insuline purifiée agit comme antigène susceptible de provoquer une sensibilisation spécifique.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Rhumatismes blennorragiques, par Jean Lacapère. *Bulletin Médical*, 45e année, n° 10, 7 mars 1931, p. 155.

Excellente revue générale sur le rhumatisme blennorragique, type des pseudo-rhumatismes infectieux, montrant ses divers aspects cliniques, les difficultés fréquentes du diagnostic, et la thérapeutique à mettre en œuvre. Il faudra s'efforcer de le reconnaître précocement et attaquer le foyer initial, arrêter ou limiter la fluxion articulaire (protéinothérapie), opposer le traitement vaccinal ou chimiothérapique aux

formes généralisées, en tenant compte du terrain sur lequel il évolue, et pour les formes localisées adjoindre un traitement local.

H. Rabeau.

Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXXIII. La « corydonite » ou beaucoup d'ulcérations de l'anus, considérées comme chancrelles, sont de simples ulcérations traumatiques, par Clément Simon. *Bulletin Médical*, 45e année, no 12, 21 mars 1931, p. 184.

S. pense qu'il y a des « anites » d'aspect chancrelleux qui ne sont pas des chancrelles. L'échec du traitement d'épreuve par le vaccin de Nicolle, les résultats négatifs de l'intradermo-réaction à ce vaccin, et de l'intraépidermo-inoculation suivant le procédé de Ravaut l'amènent à penser qu'il s'agit d'ulcérations traumatiques chroniques. Les condylomes peuvent accompagner toute ulcération de l'anus qui dure.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Diabète insipide. Syphilis et allasothérapie, par Sézary, Lichtwitz et Benoist. *Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 7, 2 mars 1931, p. 283.

Observation curieuse d'une femme syphilitique atteinte de diabète insipide chez laquelle les substances les plus diverses ont influencé la polyurie de façon temporaire d'ailleurs. Cette polyurie cesse sous l'influence d'extraits endocriniens non désalbuminés (E. hypophysaire et orchitique) diminue sous l'influence d'extraits orchitiques peu concentrés, n'est nullement influencée par des extraits testiculaires ou spléniques non désalbuminés. Elle diminue sous l'influence d'une série d'injections de lait alors qu'une seconde série est sans action. Cette polyurie disparaît sous l'action de la novocaïne, puis du bismuth, pour reparaître dès que les médicaments sont éliminés. Sézary avait nommé allasothérapie ce processus thérapeutique général, voulant indiquer qu'il s'agit d'une action non spécifique résultant d'une modification rapide de l'état biologique de l'organisme.

H. Rabeau.

Infection chronique du doigt. Réticulo-endothéliome, vitiligo généralisé, par F. Costes, A. Herenschmidt et P. Fould. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, 9 mars 1931, p. 360.

Observation très intéressante d'un homme de 57 ans chez lequel se sont succédés des accidents pathologiques curieux :

1° Infection chronique du doigt qui a duré 2 ans ;

2° Vers la fin de cette période, sont apparues des tumeurs dans les groupes ganglionnaires correspondants (sus-épitrochléen et axillaire),

tumeurs constituées par un réticulo-endothélio-sarcome. Enlevées séparément à 6 mois d'intervalle, elles n'ont pas récidivé jusqu'ici ;

3° Entre la première et la deuxième opération, est apparu un vitiligo rapidement généralisé ;

4° Récemment, sont survenus des troubles intestinaux qui semblent dus à un rétrécissement probablement tumoral du côlon gauche.

Les auteurs discutent les rapports respectifs de ces éléments morbides, en particulier la pathogénie de ce vitiligo.

H. Rabeau.

Les accidents de l'acridinothérapie, innocuité des doses usuelles, par H. Jausion, A. Pecker et S. Medioni. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, n° 9, 16 mai 1931, p. 397.

Les auteurs ont utilisé largement la gonacrine qui est un chlorométhylate de diamino-acridine, il a été fait sous leur direction 97.000 injections, intéressant environ 6.000 malades sans avoir jamais eu à déplorer d'accident vrai. Ils réservent la gonacrine aux petits malades et l'injectent à la dose moyenne de 10 centigrammes, à 2 ou 3 jours d'intervalle. Ils jugent de la tolérance rénale par l'élimination urinaire du produit qui, fluorescent, révèle sa présence en lumière de Wood, même à très faible concentration. Il faut exiger pour continuer la cure l'élimination quasi-totale du produit en trois jours. La précaution d'un dosage préalable de l'urée sanguine est des plus légitimes, et pour tout malade suspect, un dosage de l'azote sanguin 48 heures après l'injection intraveineuse de trypaflavine. H. Rabeau.

Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires, par Pasteur Vallery-Radot, et P. Blamoutier. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, n° 11, 30 mars 1931, p. 459.

Observation d'un médecin qui, en bonne santé jusqu'à l'âge de 31 ans, présenta pendant 22 ans des crises abdominales très douloureuses avec nausées, vomissements, dont le diagnostic ne pouvait être fait que par la constatation d'œdèmes cutanés s'associant très souvent à ces crises viscérales. Il mourut vraisemblablement d'une poussée d'œdème glottique. Il présentait en outre de l'artérite des membres inférieurs, et aux doigts de la main, il avait des spasmes vasculaires, une insuffisance surrénale peut-être due à des lésions vasculaires au niveau des artères du rein. Il est possible que les crises douloureuses aient été en rapport avec de l'œdème de la muqueuse gastrique, mais cet œdème gastrique ne saurait expliquer les spasmes vasculaires qui accompagnaient les crises douloureuses : spasmes des artères des membres inférieurs, des membres supérieurs, des capillaires de la paroi abdominale. Les auteurs considèrent les crises présentées par le malade comme des crises sympathicotoniques généralisées. H. Rabeau.

Sclérodermie avec mélanodermie, rôle de l'insuffisance surrénale, par P. Halbron et Stanislas de Séze. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, 30 mars 1931, p. 470.

Nous ignorons les conditions étiologiques et pathogéniques de la sclérodermie ; les observations que rapportent les auteurs montrent que parmi les perturbations endocriniennes qui jouent un rôle important dans la production de cette maladie, le rôle des glandes surrénales ne doit pas être négligé. Chez ces deux malades, en effet, se trouvent associés :

1° une sclérodermie ;

2° des troubles vaso-moteurs des membres supérieurs réalisant un syndrome de Raynaud ;

3° une mélanodermie avec hypotension réalisant un véritable syndrome addisonien.

Dans la première observation, alors que la pigmentation est assez discrète, l'existence d'une insuffisance fonctionnelle des glandes surrénales est manifeste. C'est pour ses troubles (fatigue extrême, lassitude progressive, douleurs abdominales), que le malade vint consulter.

Dans la seconde observation, la pigmentation est extrême réalisant une véritable maladie bronzée. Le traitement opothérapique (injection sous-cutanée quotidienne de 0,20 d'extrait surrénal total) fit régresser rapidement la mélanodermie en même temps que l'état du malade s'améliorait considérablement.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

La récurrento thérapie de la paralysie générale, par A. Marie. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, no 5, 13 mars 1931, p. 161.

M. a utilisé le spirille de Dutton passé sur la souris, chez des malades réfractaires au *plasmodium vivax* ou qui avaient présenté des rechutes à la suite d'une malarisation antérieure. Il a traité ainsi 51 malades avec des résultats sensiblement superposables à ceux de la malaria (18 malades en rémission plus ou moins complète et durable, 16 malades stabilisés mais maintenus à l'asile, 17 sont décédés dès les 10 premiers mois). La récurrento-thérapie doit être complétée par le triple traitement spécifique associant l'arsenic au bismuth et au mercure.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Recherches sur la sédimentation des hématies dans la syphilis, par J. Gaté et R. Silvestre. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, no 8, 6 mars 1931, pp. 660-661.

La sédimentation peut être élevée dès les premiers jours du chancre

et paraît précéder les réactions sérologiques. Elle s'accentue encore dans de fortes proportions lors de l'éclosion des accidents secondaires et semble fléchir sous l'influence du traitement ; dans les syphilis anciennes encore actives elle reste élevée ; au contraire dans les syphilis anciennes silencieuses, elle tend à se rapprocher de la normale.

A. Bocage.

Néosalvarsan et tension artérielle, par L. Jung. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CVI, nº 8, 6 mars 1931, pp. 666-667.

Cherchant le choc hémoclasique après l'injection de novarsénobenzol, l'auteur en a trouvé tous les signes à l'exception de la chute de tension. Ces expériences ont été faites chez le chien en dehors de toute anesthésie générale ; elles excluent l'assimilation de la médication arsénobenzolique à une thérapeutique de choc.

A. Bocage.

Sur les propriétés d'un virus pathogène pour le singe, présent dans certains bubons vénériens de l'homme, par C. Levaditi, P. Ravaut, P. Lépine et Mlle R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CVI, nº 9, 13 mars 1931, pp. 729-730.

Les auteurs apportent le résultat d'inoculations d'un virus trouvé dans les ganglions de lymphogranulomatose type Nicolas et Favre. C'est un germe invisible, filtrable, pathogène pour certaines espèces de singes catarrhiniens ; il est détruit par la glycérine et se conserve dans le tissu cérébral des animaux infectés. Par voie intracérébrale, il provoque chez les simiens soit une méningo-encéphalite mortelle, avec lymphomes péri-vasculaires méningés, soit une maladie virulente inapparente.

A. Bocage.

Étude du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), par S. Hellerstrom et E. Wassen. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CVI, nº 10, 20 mars 1931, pp. 802-803.

Depuis 1929, ces auteurs ont pu dans 5 cas inoculer par voie cérébrale au *Macacus cynomolgus* et *rhesus* des émulsions ganglionnaires provenant de sujets atteints de maladie de Nicolas-Favre. En général, il en résulte une méningo-encéphalite aiguë. Une de leurs souches leur a permis 15 passages. La filtrabilité du virus reste incertaine.

A. Bocage.

Modifications thérapeutiques du déséquilibre acide-base sanguin ; leurs effets sur les dermatoses concomitantes, par L. Spillmann, M. Verain et J. Weis. *Comptes Rendus de la Société de Biologie,* t. CVI, nº 10, 20 mars 1931, pp. 822-824.

Sur 116 observations, très grande fréquence du déséquilibre acide-base dans les dermatoses, 22 o/o dans le sens acidose, 73 o/o dans le sens alcalose. Son rôle est particulièrement net dans les eczémas suintants. Peu comparables d'un individu à l'autre, les degrés du déséquilibre sont chez un même sujet en relation intime avec l'évolution de la

dermatose ; si le pH est encore déséquilibré une dermatose en apparence guérie peut récidiver.

L'acidose est plus facile à réduire que l'alcalose. On emploie le bicarbonate de soude, 10 à 20 grammes par jour ; l'hyposulfite de soude, 1 à 2 grammes intraveineux pour alcaliniser ; l'acide phosphorique, 2 à 4 grammes par jour pour acidifier. La correction thérapeutique du déséquilibre réussit parfois très rapidement là où tout a échoué. Chez certains déséquilibrés, la dermatose reparaît quand on dépasse le but. Il n'y a pas de dermatose alcalosique ni acidosique. Le déséquilibre acido-basique n'est qu'un témoin de troubles variés, mais il est à considérer pour orienter la thérapeutique rationnellement.

A. Bocage.

Considération sur les variations du déséquilibre acido-basique du sang au cours de la syphilis évolutive, par L. Spillmann, M. Verain, J. Lourian et Ségali. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, nº 10, 20 mars 1931, pp. 824-826.

Au cours de la syphilis secondaire, il existe une alcalose constante qui s'améliore par le traitement, parallèlement à la réaction de Bordet-Wassermann et à celle de Kahn.

A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques (Paris).

L'hypertension artérielle d'origine hérédo-syphilitique chez l'enfant, par J. Stévénin. *Journal de Médecine et de Chirurgie Pratiques*, t. CII, 10 mars 1931, 5 cahiers, art. 29.861, p. 160.

L'examen systématique de la tension artérielle chez les jeunes hérédo-syphilitiques amena G. à constater l'existence d'une hypertension dans un certain nombre de cas sans qu'aucun état rénal antérieur ou une cardiopathie l'aient pu faire prévoir. Il a été amené à considérer l'hypertension isolée de l'enfant comme un stigmate d'hérédo-syphilis. Cette hypertension apparaît vers la 8ᵉ ou 10ᵉ année. Les troubles fonctionnels sont nuls dans ces hypertensions isolées. Les symptômes qui l'accompagnent parfois sont des modifications de l'état général qui doivent être rapportés non à l'hypertension mais à l'infection originelle. Dans les cas où faute d'autres stigmates, la syphilis héréditaire ne peut être affirmée, l'hypertension devra la faire suspecter et un traitement rigoureux devra être institué. Le traitement médicamenteux associera l'arsenic, le bismuth et le mercure. On devra lui joindre le traitement opothérapique, le régime hygiénique et diététique, une cure hydro-minérale. Jamais la tension n'a été abaissée chez de tels malades, mais l'état général a été considérablement amélioré.

H. Rabeau.

Journal de Médecine de Paris.

Nouveaux cas d'hérédo-syphilis nerveuse, par L. Babonneix. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, n° 13, 26 mars 1931, p. 285.

En réponse à quelques critiques formulées à la suite de la publication de son livre *Syphilis héréditaire du système nerveux*, B. apporte une vingtaine d'observations où les troubles nerveux constatés : épilepsie, encéphalopathie infantile, mongolisme, troubles intellectuels, paraplégie spasmodique tardive, troubles sensoriels, atrophie optique et surdité labyrinthique pouvaient être rattachés à l'hérédo-syphilis.

Fait plus intéressant encore ; malgré l'ancienneté des lésions dans certains cas, un traitement spécifique énergique a amené une amélioration marquée des symptômes surtout psychiques.

H. Rabeau.

Journal d'Urologie (Paris).

Quelques considérations sur la kératose blennorragique, par L. Strominger (de Bucarest). *Journal d'Urologie*, t. XXXI, n° 3, mars 1931, p. 251.

Observation d'un homme atteint de blennorragie qui, 5 semaines après le début fait des arthrites des orteils, puis des kératoses plantaires. La moitié antérieure des régions plantaires et la région du talon sont parsemées de véritables petits clous. Puis lésions d'onyxis, ulcérations plantaires, arthrite du genou droit malgré des injections de vaccin antigonococcique. S. qui voit le malade à ce moment, institue un traitement par le sérum antiméningococcique et des pansements des ulcérations plantaires au permanganate de potasse. L'uréthrite et la cystite sont traitées par des grands lavages à l'oxycyanure de mercure. En trois mois de traitement, le malade semble guéri.

H. Rabeau.

Paris Médical.

Néphrites bismuthiques, par L. Bory. *Paris Médical*, 21e année, n° 10-7 mars 1931, pp. 221-227.

Il n'y a pas à proprement parler de néphrites bismuthiques, mais plutôt des accidents rénaux au cours de la thérapeutique par le bismuth. Après avoir rappelé les symptômes et lésions de l'intoxication expérimentale sur l'animal, l'auteur décrit les degrés de l'intolérance au bismuth : 1° liseré gingival, polyurie, noircissement des urines quelque temps après l'émission ; 2° stomatite ; 3° troubles digestifs, hépatiques, généraux, urinaires. Puis étudiant les néphrites avec stomatite bismuthique, il énumère les cas publiés dont quatre seulement furent mortels. A côté de cela, il étudie les néphrites sans stomatite dont il énumère les observations connues, la plupart d'interprétation assez difficile, le rôle du bismuth n'y apparaissant que comme accessoire ou discutable.

La polyurie bismuthique atteint facilement trois litres par jour, l'albuminurie est exceptionnelle et généralement bénigne, la néphrose sédimentaire est infiniment plus fréquente, presque autant que la polyurie, assez tardive vers la dixième injection et caractérisée par un important sédiment de cellules épithéliales mêlées de cylindres hyalins, de rares leucocytes et même de quelques globules rouges ; aucunes modifications de la perméabilité rénale, elle n'a aucune gravité si elle ne s'accompagne pas d'albuminurie.

A. Bocage.

Balanite diabétique, par Belgodère. *Paris Médical*, 21e année, n° 10, 7 mars 1931, pp. 227-233.

Après une digression humoristique destinée à montrer l'intérêt pratique de la question, l'auteur décrit cette balanite eczémateuse caractérisée par le peu d'importance de l'œdème, la teinte rouge sombre, la fréquence du phimosis du à la rétractation de l'orifice préputial qui présente des fissures radiées, le tout à évolution essentiellement chronique.

Le traitement se fera avec des antiseptiques très doux ; jamais de circoncision ; recommander au malade de ne pas mouiller son prépuce en urinant ; le port d'un tamponnement ouaté dans la cavité préputiale est souvent utile ; enfin, la prudence est indispensable dans les rapports sexuels. A. Bocage.

Dystrophies vulvaires hérédo-syphilitiques, par G. Milian. *Paris Médical*, 21e année, n° 10, 7 mars 1931, pp. 234-235, 2 fig.

Deux observations d'infantiles présentant une absence des grandes et des petites lèvres et dont l'origine syphilitique est démontrée pour l'auteur dans un cas par une périostite tibiale et dans l'autre par la peau « citréine ». A. Bocage.

Embolies artérielles fessières du bismuth et autres médicaments, par M. Babalian. *Paris Médical*. 21e année, n° 10, 7 mars 1931. pp. 236-242.

Après un historique très documenté, rappelant la plus grande fréquence de cet accident chez les malades ayant déjà eu de nombreuses injections, c'est-à-dire à muscles sclérosés, l'auteur décrit quatre types cliniques :

exanthème embolique local rouge violacé, pourpre ou bleu-gris, en réseau avec tache ecchymotique centrale, petits points purpuriques et parfois réaction urticarienne périphérique ; guérit en quelques jours ;

placard ecchymotique et phlycténulaire avec zone centrale d'abord blanc ivoire puis bleu livide, entourée d'un réseau festonné bleuâtre ecchymotique avec soulèvement de fines bulles à contenu citrin ; guérison en une à deux semaines ;

dermite livedoïde et gangréneuse sur fond rouge blafard, marbrures violacées et plaques rouge-rubis irrégulières avec troubles de la sensibilité ; le centre peut s'escarrifier ;

gangrène profonde avec escarre cutanée et très visible.

On a vu des escarres dans la vessie, le vagin, le rectum. Histologiquement, on trouve dans les artères de l'hypoderme des embolies de bismuth sans lésions inflammatoires de l'artère. La pathogénie reste obscure, théoriquement on comprend mal l'oblitération de l'artère par des particules bismuthiques moins grosses qu'une hématie (l'auteur ne discute pas le rôle du support huileux du médicament) ; pour les sels solubles, il est possible qu'il s'agisse d'une artérite caustique. On discute le rôle du système nerveux des capillaires dans la production de la douleur. On a émis aussi l'hypothèse que le médicament apporté au voisinage de l'artère pourrait y pénétrer sans effraction de la paroi par l'aiguille.

Le diagnostic est à discuter avec la douleur contusive, la douleur phlegmasique, l'hématome...

Pour éviter ces embolies, ne pas injecter dans la zone externe de la fesse, attendre 30 secondes après avoir planté l'aiguille et même aspirer à la seringue avant d'injecter, pousser le médicament très lentement, jamais plus de 3 centimètres cubes. Une bibliographie détaillée complète cet article. A. BOCAGE.

Histoire instructive d'un vitiligo, par G. MILIAN, *Paris Médical*, 21e année, no 10, 7 mars 1931, pp. 242-243.

Vitiligo chez une femme ne présentant aucun signe de syphilis, sa fille présente des incisives obliques, des réflexes rotuliens diminués, de la soudure des lobules de l'oreille, des épistaxis fréquentes, une installation tardive des règles (à 14 ans !!!), un Wassermann H7, un Desmoulières H2 qui, pour l'auteur, sont des stigmates caractéristiques d'hérédo-syphilis.

Le père de la malade avait eu une ulcération phagédénique du gland et un fongus du testicule.

L'auteur conclut que la syphilis est prouvée et que « il est certain que le traitement antisyphilitique institué chez cette femme enrayera l'évolution de ce vitiligo ; par contre, nous ne sommes pas sûrs de pouvoir modifier l'aspect objectif des lésions ».

A. BOCAGE.

Le traitement chronique, intermittent et régulier de la syphilis doit rester la base non seulement de la thérapeutique mais aussi de la prophylaxie de cette maladie, par J. NICOLAS et J. GATÉ. *Paris Médical*, 21e année, no 17, 25 avril 1931, pp. 402-403.

Les auteurs insistent à nouveau sur le danger des réveils tardifs de la syphilis après abandon du traitement souvent conseillé à tort par le médecin sur la foi d'une sérologie négative. Ils rappellent qu'il n'existe aucun critérium de la guérison de la syphilis. Au point de vue prophylactique, il est indispensable de traiter très longtemps, pour ne pas dire toujours, tous les syphilitiques.

A. BOCAGE.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Mycosis fongoïde à forme suraiguë, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 2, février 1931, pp. 67-73, 2 fig.

Observation d'une malade de 74 ans qui, en 4 mois, voit se développer de multiples tumeurs cutanées et de vastes ulcérations du cuir chevelu limitées par un bourrelet assez saillant. A peu près pas de prurit. L'impression clinique était qu'il s'agissait de sarcomatose ; l'examen histologique montra une structure de lymphadénome.

A. Bocage.

Dyskératose folliculaire avec bulles, par G. Milian et L. Périn. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 2, février 1931, pp. 74-90, 9 fig.

Les auteurs reproduisent ici le cas de maladie de Darier qu'ils ont publié dans la séance du 11 décembre de la Société de Dermatologie avec de nombreuses illustrations photographiques. A côté de lésions classiques, il faut noter l'existence de bulles ressemblant à de l'impétigo qui auraient marqué le début de l'affection, l'étendue des lésions de la muqueuse palatine en nappe lactescente. Une étude histologique détaillée suit avec documents microphotographiques.

A. Bocage.

L'hétérothérapie, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 2, février 1931, pp. 91-101.

Cet article reprend intégralement un article du même auteur publié le 6 novembre 1920 dans *Paris Médical.* Sous le nom d'hétérothérapie, l'auteur décrit des succès thérapiques obtenus contre une maladie par le traitement spécifique d'une autre maladie associée ; suppurations ganglionnaires tuberculeuses chez des syphilitiques cédant au traitement antisyphilitique, qui est normalement inactif sur ce genre de lésions, guérison du chancre mou papuleux dans les mêmes conditions, de furoncles, d'une fièvre typhoïde qui avorta au dixième jour sous l'influence du traitement arsénobenzolique chez une syphilitique secondaire.

Pratiquement, il faut donc faire intervenir le traitement antisyphilitique dans toutes les maladies intercurrentes des syphilitiques.

A ses premières observations de 1920, l'auteur ajoute quelques nouveaux cas : psoriasis, impetigo, blennorragie chronique.

A. Bocage.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Contribution à la radiothérapie des lymphomes malins primitifs, par Pablo Schlanger et Enriqueta W. de Schlanger. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. II, no 2, février 1931, p. 140.

La maladie de Hogdkin dans sa forme aiguë et dans le syndrome terminal de la forme chronique présente le même aspect clinique et se trouve peu améliorée par la radiothérapie.

Par contre, ce traitement a une action nette et efficace sur les formes chroniques, dans les premières années de leur évolution.

Les lymphosarcomes sont des tumeurs très sensibles aux rayons X, mais la guérison complète ne peut être obtenue par suite de la résistance limitée de la peau aux irradiations répétées.

J. MARGAROT.

Journal de Médecine de Lyon.

La choroïdite syphilitique du vieillard, par Et. ROLLET. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 269, 20 mars 1931, p. 175.

Les cas étudiés par R. concernent des sujets âgés, niant la syphilis, se plaignant uniquement de diminution marquée de la vision.

La seule image ophtalmoscopique, d'une choroïdite diffuse, avec troubles poussiéreux du vitré, dans la région axiale du fond de l'œil, permet d'affirmer une infection syphilitique récente. Les choroïdites en foyers, à disposition aréolaire, équatoriale ou même centrale, peuvent relever d'une syphilis, comme manifestation tardive.

Toute hésitation est levée si l'on trouve comme antécédents des reliquats d'iritis, signe d'Argyll-Robertson, diplopie passagère, sérologie positive.

Le traitement est sans action dans une choroïdite en foyers, lésions tardives et destructives.

JEAN LACASSAGNE.

Les manifestations oculaires des méningites séreuses syphilitiques, par Jacques ROLLET et PAUFIQUE. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 269, 20 mars 1931, p. 193.

Pour l'ophtalmologiste, l'œdème vraie de la papille, excellent signe d'hypertension intracrânienne, est parfois un symptôme difficile à affirmer, car la papillite, c'est-à-dire l'inflammation de la papille elle-même, peut donner le change ; un examen minutieux permettra le plus souvent de distinguer l'un de l'autre ces deux types de lésion papillaire.

JEAN LACASSAGNE.

Lyon Médical.

Polynévrite bismuthique à forme atténuée, par J. GATÉ et J. CHARPY. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVII, n° 13, 29 mars 1931, p. 426.

G. et Ch. rapportent l'observation d'un homme de 58 ans, ayant contracté un an auparavant la syphilis et présentant à la suite d'un traitement intensif par hydroxyde de Bi un syndrome parétique fruste des membres inférieurs, à type de paralysie sciatique poplitée externe,

avec abolition des réflexes achilléens et troubles de la sensibilité subjective. Après avoir discuté l'étiologie possible de cette polynévrite, les auteurs s'arrêtent à la nature toxique d'origine thérapeutique.

Après des recherches minutieuses dans la littérature médicale, G. et Ch. n'ont trouvé que trois cas analogues au leur.

JEAN LACASSAGNE.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la forme bulleuse végétante de l'érythème polymorphe (Ueber die blasenvegetirende Form der Erythema exsudativum multiforme), par MASCHKILLEISSON et POTAPOW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 10, 7 mars 1931, p. 341.

Un homme de 27 ans présente un érythème fébrile, bulleux, occupant la face, le cou, puis les extrémités supérieures, etc. Sur l'emplacement des bulles apparurent des végétations papillomateuses ; au microscope, lésions histologiques correspondantes, avec existence d'altérations cellulaires malpighiennes comparables aux cellules à noyaux monstrueux du « Bowen ». On pensa à la possibilité d'une ioduride ; mais l'administration de l'iodure de potassium non seulement n'augmenta pas les lésions, mais fut bientôt suivie de leur guérison. Après avoir éliminé les diverses dermatoses susceptibles d'être confondues, les auteurs rappellent que ces formes végétantes d'érythème polymorphe végétant ont été signalées dès 1900 par Breda (et par bien d'autres) (N. d. T.).

CH. AUDRY.

Cutis gyrata de la peau du front (histologie) (Cutis gyrata der Stirnhaut, besonders ihr histologischer Befund), par OTA. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 10, 7 mars 1931, p. 345, 2 fig.

Après un résumé historique, O. dit que cette lésion a été souvent décrite au Japon. Macda y a publié un cas où la déformation pachydermique (mais bien peu gyrata) occupait le front ; O. donne une observation personnelle semblable. Histologiquement, O. a trouvé de l'hyperplasie des sébacées et des follicules pileux ainsi que de l'épaississement de l'hypoderme.

CH. AUDRY.

Sur l'étiologie du lymphogranulome inguinal (Zur Aetiologie der Lymphogranuloma inguinale), par N. LATKO et S. MICHAILOW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 10, 7 mars 1931, p. 349, 4 fig.

Chez un homme marié, en dehors de tout coït extra-conjugal, apparaît sur le prépuce une petite tumeur qui s'ulcère. 15-20 jours après, adénopathies inguinales droites, puis gauches, qui prennent l'aspect et l'évolution de la maladie de Nicolas et Favre. Pas de spirochètes, pas de bacilles de Ducrey, pas de bacille de la tuberculose. Inoculation au cobaye négative. La sérologie est négative ; avec une dilution à 25 o/o, Pirquet légèrement positif ; la réinoculation au malade reste négative. Dans le pus, on trouve un bacille granuleux, en palissade et

à Gram négatif. Ensemencement du pus ganglionnaire sur divers milieux (Löffler, Hohn, Bouillon). On trouve du bacille du foin et un bâtonnet diphtéroïde. Pour les auteurs, les bacilles du foin ne jouent un rôle que par association au bâtonnet diphtéroïde. Un vaccin préparé avec ce dernier amène, au bout de 22 injections, la cicatrisation des fistules et la chute de la température. Pas d'examen histologique des ganglions. L. CHATELLIER.

L'uréthrite conjugale (Konjugale Urethritis), par H. FELKE. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 10, 7 mars 1931, p. 353.

Chez un homme marié depuis 12 ans apparut une uréthrite subaiguë, qui s'est reproduite après chaque rapport. A l'examen microscopique, pas de gonocoques ; seulement quelques germes à Gram positif, inconstants. La conjointe a été opérée pour tuberculose annexielle : hystérectomie totale et ovariectomie gauche. Dans le vagin, on trouve les bâtonnets habituels et un streptocoque, qui a été identifié streptocoque de l'acide lactique. Extrême acidité du suc vaginal, favorisée par la suppression du flux cervical. On retrouve le même streptocoque dans la fosse naviculaire chez l'homme, dont l'urèthre, dans son tiers antérieur seulement, est enflammé. Or, on sait que la fosse naviculaire, grâce à son épithélium, est riche en glycogène, qui se transforme en acide lactique. L. CHATELLIER.

Rapports entre les chéloïdes et l'arthrite déformante (Keloidbereitschaft bei Arthritis detormans), par E. WOHLSTEIM et L. TORMA. *Dermatologische Wochenschrift*. t. XCII, n° 11, 14 mars 1931, p. 385.

Cinq observations (3 femmes et 2 hommes d'âges variés, atteints de diverses formes d'arthrite déformante) où les auteurs ont pu relever l'existence de chéloïdes (membres, épaule, présternum, cou, poitrine) consécutives à des incisions, à des vaccinations, etc. Les auteurs remarquent que si on a signalé l'association du xanthome à l'arthrite déformante, on n'a pas insisté sur la présence remarquablement fréquente des chéloïdes chez ces malades. CH. AUDRY.

Sur la pratique et les incidents du traitement du lupus érythémateux par le Lopion (Ueber die Erfahrungen und Zwischenfälle bei der Behandlung der Lupus erythematosus discoides mit Lopion), par J. KONRAD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 11, 14 mars 1931, p. 391, 2 fig.

Le lopion est une combinaison organique d'or, contenant 43 o/o de métal ; ce sel, d'après K. et d'autres, est des plus actifs et sa toxicité moindre que celle des autres préparations d'or. K. a soigné 50 cas de lupus érythémateux avec succès. Cette médication n'est pas toutefois sans provoquer des incidents. Chez un homme de 56 ans, après injection de 3 gr. 93, en tout, de lopion, apparut une dermatite généralisée ressemblant au pityriasis rosé et accompagnée d'hémorragies cutanées. L'éruption disparut incomplètement en 6-8 semaines et définitivement au bout de plusieurs mois. Dans un deuxième cas, même début après

o gr. 65 de lopion (en 3 injections), mais l'éruption se transforma rapidement après la 3e injection, en une érythrodermie généralisée avec desquamation géante des mains et des pieds. Il convient donc d'être prudent : commencer avec de très faibles doses (0,01) tous les 8 jours ; espacer de 10-14 jours les injections des doses fortes (0,25-0,50). Résultats sur les 50 malades : 60-70 o/o de guérisons ; 10-20 o/o d'améliorations marquées. Dose moyenne : 3 grammes ; plus rarement : 5 grammes.

L. Chatellier.

Formes rares de lichen plan (Ueber die seltener Abarten der Lichen ruber), par W. Richter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 12, 21 mars 1931, p. 413, 6 fig.

Entre le lichen scléreux atrophique d'Hallopeau et le lichen albus de Zumbusch, R. place une observation de lichen plan linéaire porcelainé, développé sur la face interne de la cuisse et de la jambe droite d'une femme de 49 ans ; quelques papules typiques sur le cou, la cuisse, etc. Au microscope, lésions atrophiques, avec état spongieux de l'épithélium, etc. L'extrait ovarien procura une grande amélioration.

Ch. Audry.

Le traitement du lupus par les rayons X (Die Behandlung der Lupus mit Röntgenstrahlen), par C. Stern. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nos 12 et 13, 21 mars 1931 et 28 mars 1931, pp. 418 et 456.

Un malade, traité par S. en 1919 pour un lupus, attaque en justice la ville de Düsseldorf et S. pour avoir employé la radiothérapie jugée par un confrère « comme une faute lourde dans le traitement du lupus ». Le patient fut débouté. Il est donc nécessaire, pratiquement, de fixer les avantages et inconvénients de la radiothérapie dans le lupus.

Au début, vers 1907, les rayons X furent employés dans le traitement du lupus. Résultats et avis furent très partagés. Tout d'abord, le dosage alors manquait de toute précision : le plus souvent, on employait des doses « énormes » et des durées d'irradiation considérables (1/2-1 heure par jour !). Dermites, ulcères, télangiectasies n'étaient pas rares, quand elles n'étaient pas recherchées. Ensuite, on ne tenait aucun compte des variétés cliniques : on traitait de même façon un lupus ulcéré et un lupus épidermisé, un lupus superficiel et un lupus mutilant, sans égard pour les réactions différentes du tissu conjonctif jeune et du tissu de sclérose. Aussi les résultats étaient parfois désastreux ou insuffisants.

De 1909 à 1923, les méthodes et les appareils se sont perfectionnés ; les indications se sont précisées.

En Allemagne, les auteurs semblent aujourd'hui d'accord pour préconiser la radiothérapie dans les formes ulcérées et hypertrophiques, dans le lupus du centre de la face avec participation des muqueuses. Dans les lupus non ulcéreux, il est recommandé de pratiquer scarifications ou cautérisations chimiques pour détruire l'épiderme. La radiothérapie est combinée avantageusement à la Finsenthérapie et à la lumière.

S. a vérifié expérimentalement sur l'homme et l'animal l'action des

rayons X. Il a choisi 100 lupiques avec lésions sur le corps. Un placard donné est divisé en deux parties : l'une est soumise aux rayons ; l'autre est strictement protégée. 14 à 16 jours après l'irradiation, biopsie sur les deux parties. Voici les résultats enregistrés : pour l'épiderme, il y a différence fondamentale entre les rayons durs (filtrés) et les rayons mous (non filtrés). L'épiderme est modifié par les doses jusqu'à 5 H et 1 mm. Al. : on constate, dans les cellules des assises inférieures, deux ou plusieurs noyaux. Rost avait déjà signalé cette radiosensibilité de la basale. Dans le derme, régression du granulome et néoformation conjonctive autour de et même dans l'infiltrat lupique, ébauche de la sclérose. C'est une réaction due aux rayons X, puisque les parties protégées n'offrent pas les mêmes modifications. On améliore les résultats de l'irradiation en rendant le tissu lupique plus perméable aux rayons grâce au traitement de l'épiderme par les caustiques. En effet, sur les préparations, la réaction conjonctive est d'autant plus vive que les modifications épidermiques sont plus faibles. Sur le lapin, les rayons X déterminent une prolifération active et précoce (dès le 7e jour) de la capsule rénale mise à nu et irradiée ; cette prolifération n'existe qu'au niveau de l'organe irradié.

De toutes ces constatations, S. conclut que les rayons X déterminent une prolifération salutaire du tissu conjonctif ; qu'en détruisant les lymphocytes, ils libèrent en tous cas des substances qui activent la prolifération conjonctive. Ils excitent les cellules de l'intima des capillaires et amènent la formation de cellules épithélioïdes. Ils détruisent une partie des cellules épithélioïdes existantes ou néoformées, et transforment l'autre en tissu conjonctif.

Cette action heureuse des rayons dépend des doses, qui doivent être strictement mesurées. La dose optima varie de 5 à 8 H sous 1 à 3 mm. Al. On peut répéter une ou deux fois la dose à long intervalle. La radiothérapie doit être associée aux autres méthodes : acide pyrogallique et lumière. L. Chatellier.

Sur le développement des taches de la nuque (Zur Frage der Entstehung der Naekenflecks), par R. Bezecny. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 13, 28 mars 1931, p. 453.

Pour B., les nævi de la nuque sont dus à une traction exercée sur la peau de la nuque pendant la vie fœtale. Par un mécanisme analogue s'expliquent les ectasies vasculaires en traînées, que l'on voit sur les côtes, dites les traînées d'extension (Dehnungstreifen).

L. Chatellier.

Les maladies vénériennes vers 1940 (Die Geschlechtkrankheiten um das Jahre 1940), par H. Pele. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 13, 28 mars 1931, p. 460, 4 fig.

La diminution des maladies vénériennes constatée après la guerre n'est pas imputable seulement aux mesures thérapeutiques. Il intervient

aussi des facteurs sociaux, en particulier la distribution de la population d'après l'âge. Les maladies vénériennes atteignent leur plus grande fréquence entre 20 et 24 ans. Les statistiques montrent des modifications profondes de cette distribution de la population : en 1921, en Bohême, on constate une diminution considérable de la population entre 1 et 10 ans ; d'où, en 1930, diminution marquée de la population à l'âge de la plus grande fréquence des maladies vénériennes. De là résulte en partie la régression enregistrée aujourd'hui, qui a, du reste, été favorisée par un retour aux habitudes normales. Mais vers 1940, la population aura repris son chiffre d'avant-guerre. Or les maladies vénériennes sévissent surtout dans les villes, où l'afflux des jeunes paysans se poursuit. Il est donc à prévoir une recrudescence des maladies vénériennes. Une lutte active devra donc être menée contre elles, la syphilis en particulier, si l'on veut rendre définitive cette régression temporaire des contaminations. L. CHATELLIER.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Sur la teneur minérale de la peau dans les conditions normales et pathologiques. VI[e] mémoire : Sur les variations en K, Ca, Cl et eau de la peau du lapin et du cobaye soumis à un régime moyen, à la faim et à la soif (Ueber den Mineralgehalt der Haut unter normalen und pathologischen Bedingungen. VI[e] Mitteillung : Ueber Schwangungen im Kalium, Kalzium, Chlor, und Wassergehalt der Kaninchen, und Meerschweinchenhaut bei gleichmässiger Ernährung und bei Hunger und Durst), par E. NATHAN et Fr. STERN. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 5, mars 1931, p. 299.

Chez les lapins et les cobayes, soumis à d'égales conditions de vie et à un régime moyen, des prélèvements de fragments cutanés répétés à intervalles variables montrent des variations plus ou moins grandes de la teneur de la peau en Ca, K, Cl et eau. La suppression de la nourriture solide et de l'eau détermine une déminéralisation et une déshydratation de la peau, chez la plupart des animaux. Les exceptions à cette règle tiennent aux échanges entre la peau et les réserves minérales ou aqueuses de l'organisme (tissu cellulaire sous-cutané, muscles et os). Quant à la signification fonctionnelle des parties ionisées des minéraux, on doit admettre, malgré les grandes variations en sels de la peau, que la partie ionisée présente un équilibre plus constant que ne le laisse supposer l'estimation globale, les processus vitaux réguliers des tissus ne pouvant pas se concilier avec les grandes variations minérales constatées. L. CHATELLIER.

Sur la présence des glandes apocrines (Ueber das Vorkommen von apokriner Drüsen), par H. VOHWINKEL. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 5, mars 1931, p. 314. 4 fig.

En 4 ou 5 ans, V. n'a constaté qu'une exception aux descriptions de Schiefferdecker chez les Européens : sur un homme d'âge moyen, il a trouvé des glandes apocrines dans la peau du bas-ventre. Chez les

mulâtres de Haïti, il en a trouvé même sur le menton et les joues, constatation qu'il n'a jamais faite sur les Européens.

La connaissance des glandes apocrines intéresse les dermatologistes à un double point de vue. D'abord, à propos de la maladie de Fox-Fordyce, que V. rattache à une altération fonctionnelle de ces glandes ; ensuite à propos des tumeurs sudoripares et de leur histogénèse. L'auteur rapporte l'observation d'un malade de 32 ans, chez qui s'est développée vers la 18e année une tumeur bilatérale des jambes, devenant progressivement douloureuse. Par sa couleur bleuâtre, cette tumeur fut prise pour des varices. La biopsie montre qu'il s'agit d'un myxo-hidradénome næviforme. L'aspect des glomérules pouvait faire penser à une tumeur développée aux dépens des glandes apocrines ; mais ces glomérules étaient pourvus d'un canal excréteur ouvert directement dans l'épiderme. V. cite les cas de E. Hoffmann et Friboes (*Nævus syringocystadenomatosus papilliferus* d'E. Hoffmann) et de Kyrle (syringocystadénome) d'apparence très voisine, mais où les conduits s'ouvraient également à l'épiderme. Seul Balog a publié une observation où les glandes s'abouchaient à un follicule. Donc pour affirmer qu'une tumeur s'est formée aux dépens des apocrines, il faut, condition *sine qua non*, avoir constaté cet abouchement dans un follicule ; les ressemblances morphologiques ne suffisent pas.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étiologie de la trichotillomanie (Beitrag zur Aetiologie der Trichotillomanie), par A. SCHWARZKOPF. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 5, mars 1931, p. 321, 2 fig.

S. rapporte 4 observations de trichotillomanie, dont 2 sont remarquables par l'âge des malades : l'un d'eux est un enfant de 4 ans, dont l'affection remonte à 2 ans, l'autre est un nourrisson de 9 mois.

A leur propos, il fait une revue générale de cette affection décrite surtout par les auteurs français, et étudiée plus tardivement en Allemagne. Des 46 cas rapportés, il résulte que la trichotillomanie n'est pas une dermatose, mais qu'elle relève de facteurs psychiatriques. La plupart des auteurs français et anglo-américains la range parmi les maladies psychiatriques ou neurologiques : manie, psychose hystérique. Les auteurs allemands y voient également une affection d'ordre neuropsychique. Pour S., la trichotillomanie n'est pas une psychose : aucun de ses malades ne présentait de tares psychiques et la maladie a apparu chez deux d'entre eux à un âge où il ne pouvait en être question. Il convient plutôt d'invoquer une alimentation et une hygiène défectueuses.

L. CHATELLIER.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Métabolisme et glandes endocrines dans les dermatoses et en particulier dans l'acné vulgaire et le xanthome (Metabolism, endocrine glands and skin diseases, with special reference to acne vulgaris and xanthoma), par Bruno Bloch. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLIII, février 1931, p 61.

B. expose une conception nouvelle de la pathogénie du xanthomè. En dehors du cholestérol et de ses éthers, le sang contient d'autres corps gras : des graisses phosphorées (lécithine, etc.), des graisses neutres, des acides gras et des savons. A part les savons, tous ces corps sont insolubles dans l'eau et se trouvent dans le sérum à l'état d'émulsion stable. Mais la stabilité de cette émulsion dépend essentiellement, en raison des lois des solutions colloïdales, de la proportion respective des substances émulsionnées ; dès que ces proportions changent, l'équilibre est rompu, la suspension cesse d'être stable, les corpuscules graisseux augmentent de volume et il se produit une précipitation d'un quelconque des éléments. Lorsqu'on veut reproduire *in vitro* une suspension des corps gras et des albumines du sang, on se voit obligé, pour aboutir à une émulsion stable, de les proportionner de la même manière que dans le sang. Pour connaître la cause de la précipitation, ce n'est donc pas la valeur absolue de l'un des éléments émulsionnés qu'il importe de déterminer ni leur augmentation ou leur diminution proportionnelle, mais les changements dans leurs valeurs respectives.

Dans tous les cas de xanthome et de xanthelasma étudiés par B., des proportions anormales étaient constatées entre les divers corps gras du sérum. Lorsque le taux du cholestérol était normal, ce qui est fréquent au cours du xanthome et ce qui se justifiait difficilement jusqu'à présent, les taux de ses dérivés ou des autres corps gras lui étaient nettement disproportionnés. Il y a donc, à l'origine de tous les xanthomes un trouble du métabolisme des graisses. C'est le foie qui paraît être le régulateur de ce métabolisme.

Dans la seconde partie de sa conférence, B. étudie, d'après ses statistiques personnelles, les rapports de l'acné avec le système génital.

S. Fernet.

Un cas d'érythème polymorphe paraissant être d'origine trichophytique (A case of erythema multiforme apparently of trichophytic origin), par Goldsmith *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. XLIII, mars 1931, p 121.

G. cite un cas d'érythème polymorphe survenu 12 jours après l'apparition d'une lésion trichophytique d'un doigt. Les réactions à la trichophytine furent positives au moment de l'apparition de l'érythème polymorphe. G. attribue dans ce cas à l'érythème polymorphe la signification d'une trichophytide. S. Fernet.

Un cas de parapsoriasis varioliforme aigu (A case of pityriaris lichenoides et varioliformis acuta), par Barber. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, vol. 43, mars 1931, p. 126.

B. identifie le parapsoriasis varioliforme aigu avec le parapsoriasis en gouttes en raison de la présence des squames en pain à cacheter qu'il considère comme pathognomoniques.

Dans le cas qu'il a observé, il y avait trois sortes de lésions : des papules ovales, rouges, surmontées de squames sèches, micacées, adhérentes, des papules squameuses à centre déprimé donnant une fausse apparence d'atrophie superficielle, des papules à centre nettement nécrotique et hémorragique. Il n'y avait pas de prurit et pas de phénomènes généraux. Cette malade a guéri après deux injections intraveineuses d'un sel d'or (Solganol o cgr. 05).

Une autre malade, présentant un parapsoriasis en gouttes chronique, a également guéri rapidement par la chrysothérapie.

Encouragé par ces résultats, B. a traité trois cas de parapsoriasis en plaques par les sels d'or ; il a eu une guérison, une amélioration, un échec.

S. Fernet.

Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer (Buenos-Ayres).

La fonction photoactive de la cholestérine dans le cancer de la peau (La funcion-foto-activa de la colesterina en el cancer de la piel), par A. H. Roffo. *Boletin del Instituto de Medecina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 25, décembre 1930, p. 1216.

Les expériences de R. mettent en évidence une photosensibilisation de la cholestérine. Cette propriété concorde avec l'hypercholestérinie de la peau des régions exposées au soleil et avec la plus grande fréquence du cancer dans ces mêmes régions.

Les rayons solaires qui fixent le calcium, fixent aussi la cholestérine, qui acquiert ainsi non seulement le caractère d'une substance photodynamique, mais aussi d'un accumulateur organique de la lumière.

Cette notion explique certaines influences météorologiques sur les processus biologiques. C'est ainsi que les Nègres, protégés par leur pigmentation, ne présentent pas de phénomènes phototoxiques. Le cancer cutané est chez eux d'une rareté extrême, qui peut être attribuée à une distribution homogène de la cholestérine dans la peau.

J. Margarot.

Sur le traitement des chéloïdes. Résultats obtenus à l'Institut de Médecine expérimentale pour l'étude du cancer (Sobre el tratamiento de los queloides. Resultados obtenidos en el Instituto de Medecina experimental para el estudio y tratamiento del cancer), par Simon Rosner. *Boletin del Instituto de Medicina experimental para el estudio y tratamiento del cancer*, 7e année, no 25, décembre 1930, p. 1375.

L'auteur a traité par la radiothérapie 31 malades atteints de chéloïdes. Les caractéristiques de l'irradiation sont les suivantes : 90 kilowatts ; 2 milliamp. ; filtre 2 mm. aluminium ; 23 centimètres de distance ; dose de 4 à 6 H ; un mois d'intervalle entre chaque application ; nombre d'applications : 4 à 6.

Trois malades ont été perdus de vue. Sur les 28 autres, on compte 2 résultats défavorables, 4 améliorations peu marquées, 4 améliorations notables et 18 guérisons. J. MARGAROT.

La Prensa Medica Argentina (Buenos-Ayres).

L'insuline dans le traitement de quelques érythrodermies causées par le salvarsan et le mercure (La insulina en algunas eritrodermias por salvarsan y mercurio), par Teresa MALAMUD. *La Prensa Medica Argentina*, 17e année, no 22, 10 janvier 1931, p. 1118.

Dans trois cas d'érythrodermie d'origine salvarsanique et mercurielle, l'insuline a donné d'excellents résultats.

Le prurit a disparu très rapidement et la guérison s'est faite d'une manière progressive.

L'auteur insiste sur la nécessité de donner l'insuline à des doses suffisantes, qu'il est nécessaire de fixer pour chaque cas.

J. MARGAROT.

Revista Medica (Organo oficial del Circulo medico) (Buenos-Ayres)

Un cas de cuisse de Madura (Un caso de « Muslo de Madura »), par Julio ZILVETI CARRANZA. *Revista Medica* (*Organo oficial del Circulo medico*), 18e année, no 6, novembre et décembre 1930, p. 211.

Un malade de 37 ans accuse depuis 2 ans des douleurs dans la partie supérieure de la cuisse gauche et dans le genou du même côté. La cuisse présente une augmentation de volume uniforme. La peau est le siège d'une circulation collatérale importante et de petites ulcérations, à bords amincíés et excavés, donnant une sécrétion grumeleuse. Quelques-unes sont cicatrisées. La palpation donne une sensation de dureté uniforme.

On trouve dans le pus un champignon que ses caractéristiques morphologiques et biologiques permettent de rapprocher de l'*Actinomyces asteroïdes*. J. MARGAROT.

Archives Médicales Belges (Bruxelles).

Rapports de la syphilis à la pathologie interne, par A. SOUSA GOMEZ. *Archives Médicales Belges*, 84e année, no 3, mars 1931, pp. 152-154.

L'auteur insiste sur la fréquence des lésions de vascularite syphilitique chez des sujets qui n'ont eu que des manifestations cutanées insi-

gnifiantes. Dans nombre d'affections médicales il faut toujours avoir présente à l'esprit cette notion que l'auteur attribue à Sicard.

A. Bocage.

Bruxelles Médical.

Le traitement moderne de la lèpre dans les principaux centres de léprologie, par H. C. de Sousa-Araujo (Rio de Janeiro). *Bruxelles Médical*, 11e année, n° 22, 29 mai 1931, p. 630.

L'auteur a fait un voyage d'études à travers 40 pays à lèpre. Les résultats du traitement par les diverses préparations de chaulmoogra sont encourageantes, on peut, dans certains cas, parler de guérison. Voici comment il conçoit le traitement de la lèpre :

1° par voie buccale, administration de 5 à 8 comprimés de 0,50 centigrammes de savon chaulmoogrique (sels sodiques préparés avec les acides totaux de l'huile de *Hydnocarpus Wightiana*) par jour, la moitié une demi-heure après chaque repas ;

2° par voie hypodermique, il recommande 2 à 3 injections par semaine de 5 centimètres cubes d'un bon éther éthylique ou de l'*Alepol* ;

3° les ulcères, macules, infiltrations, lépromes sont traités par le galvanocautère, ou l'appareil universel de Mc Intosh (Chicago) ;

4° sur les lésions galvanocautérisées, on applique par embrocation rapide, des solutions d'acide trichloracétique à 1/2 à 1/3 à 1/5. On doit appliquer les solutions deux fois par mois soit seules, soit avec le galvano ;

5° comme traitement adjuvant, il prescrit les arsenicaux : la strychnine, l'huile de foie de morue créosotée, et périodiquement laxatifs et diurétiques. Dans les cas avancés, la chirurgie doit être employée comme une adjuvant indispensable. La surveillance des malades en apparence guéris doit être longtemps poursuivie. H. Rabeau.

Sur les syphilis retardées, par R. Bernard. *Bruxelles Médical*, 11e année, n° 20, 15 mars 1931, p. 565.

A propos de 4 observations, B. insiste sur les dangers des traitements précoces insuffisants, soit parce que les doses totales injectées n'ont pas été assez fortes, soit parce que ces doses ont été réparties sur un espace trop prolongé, soit que des intervalles trop longs ou que des cures de soutien n'ont pas été faites. On peut ainsi observer des accidents secondaires plus de 2 ans après le début de la maladie. B. rappelle les règles de traitement de la syphilis, à la période préhumorale.

H. Rabeau.

Troubles génito urinaires et lésions de l'urètre postérieur, par E. Tant (Bruxelles). *Bruxelles Médical*, 11e année, n° 20, 15 mars 1931, p. 569.

Les lésions de l'urèthre postérieur peuvent se manifester par des symptômes variés : suintement uréthral, hématurie, troubles de la

miction, troubles sensitifs, troubles génitaux. Le diagnostic ne peut être fait que par l'examen uréthroscopique. La thérapeutique de ces lésions, qui souvent est d'une grande simplicité, donne un pourcentage de guérison remarquable. H. RABEAU.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia (La Havane).

Actinomycose. Quelques considérations sur cette maladie à Cuba et relation de quatre cas (Actinomicosis. Algunas consideraciones sobre esta enfermedad en Cuba y relacion de cuatro casos), par Pardo CASTELLO, Juan JOSE MES RE, Gerardo MONTEJO. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia,* vol. II, nº 2, janvier 1931, p. 77.

L'actinomycose est une maladie fréquente chez les bêtes à cornes à Cuba. Les auteurs apportent 4 cas de contamination humaine, l'un du cou, l'autre du cæcum et de la paroi abdominale, deux du poumon et de la paroi thoracique.

Les cas pulmonaires se sont montrés rebelles à tous les traitements. Les deux autres ont guéri, au moins en apparence.

D'après les auteurs, le meilleur traitement consiste à associer des injections intraveineuses de la solution de lugol-thiosulfate de soude à une radiothérapie intensive. J. MARGAROT.

Accidents de la trichophytinothérapie (Accidentes de la tricofinoterapia), par Roberto QUERO. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia,* vol. II, nº 2, janvier 1931, p. 91.

La trichophytinothérapie peut donner lieu à des accidents d'intensité variable quoique d'une gravité limitée d'après l'expérience de l'auteur. Ils peuvent être cutanés ou généraux. Les premiers se font au foyer même des injections et apparaissent soit à la première, soit aux suivantes. Elles tendent à disparaître graduellement au fur et à mesure que se poursuit le traitement.

Les secondes consistent en crises congestives avec érythèmes prurigineux et dyspnée asthmatiforme. J. MARGAROT.

Sarcome hémorragique de Kaposi. Relation d'un cas chez un individu de couleur (Sarcoma hemorragico de Kaposi. Relacion de un caso en un individuo de la raza de color), par V. Pardo CASTELLO. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifiliografia,* vol. II, nº 2, janvier 1931, p. 100.

Un homme de race noire pure, atteint de syphilis nerveuse présente une sarcomatose hémorragique de Kaposi.

Une radiothérapie très intensive associée à un traitement arsénobenzolique permet d'obtenir en huit mois la guérison apparente du malade.

J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

La réaction de « pelotonnement » de Muller nº 2, dans le diagnostic de la syphilis (La reaccion de apelotonamiento de Muller nº 2, en el diagnostico de la lues), par Ricardo MORAGAS. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 65, février 1930, p. 291.

L'auteur préfère ce nom à celui de congloméro-réaction (Ballungs-Reaktion), parce que le résultat final consiste en la formation d'une véritable pelote dans un liquide complètement clair.

La sensibilité de cette réaction est au moins égale à celle de la réaction primitive. Elle est d'une grande valeur pour l'examen du liquide céphalo-rachidien. Elle est toujours négative dans ce liquide chez les malades qui ne sont pas atteints de syphilis, mais qui ont des lésions donnant lieu à des réactions colloïdales fortement positives. Elle constitue le complément obligatoire de la réaction de Wassermann, lorsque celle-ci est faiblement positive.

La supériorité de la réaction de Muller n° 2, sur les réactions similaires, s'affirme par ses résultats brillants surtout à la période primaire et dans les formes latentes. Elle s'est montrée nettement positive chez des syphilitiques qui donnaient des réactions négatives avec les autres méthodes. J. MARGAROT.

Nouveaux cas de maladie de Bowen des muqueuses (Nuevos casos de enfermedad de Bowen de las mucosas), par S. NOGUER MORE. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 65, février 1930, p. 290.

La lésion siège, dans un cas, sur la lèvre supérieure et dans l'autre, dans le sillon balano-préputial. Elle est circonscrite, de caractère érythémateux et s'infiltre lentement.

Deux signes cliniques sont d'un grand intérêt pour l'orientation du diagnostic clinique vers la transformation épithéliomateuse : la perte de l'élasticité de la muqueuse atteinte et la formation d'éléments croûteux, de coloration grise, friables, déhiscents et récidivants, développés à la périphérie de la lésion. J. MARGAROT.

Granulomes calcaires (Granulomas calcareos), par J. MERCADAL et A. CORET. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 65, février 1930, p. 289.

Chez une femme de 52 ans, atteinte de kératose diffuse sénile de la face et du dos des mains, ont apparu successivement, depuis plusieurs années, trois nodules durs, indolores, au niveau de la crête iliaque, dans le voisinage de l'épine iliaque antéro-supérieure.

Le diagnostic définitif de granulomes calcaires reste un peu indécis jusqu'à ce que l'extirpation ait été pratiquée.

J. MARGAROT.

Artérite oblitérante (Arteritis obliterante), par Antonio PEYRI. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, nº 65, février 1930, p. 288.

Une femme déjà vieille, ayant eu un chancre à 20 ans, présente en même temps une aortite et une artérite oblitérante de la jambe droite avec ulcères de type nécrotique, persistant malgré le traitement. Prenant ce cas comme exemple, l'auteur conclut à la nécessité de reviser la conception actuelle des tropismes de la syphilis.

J. MARGAROT.

Auto-inoculation luétique (Autoinoculation luética), par José Maria PEYRI. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 65, février 1930, p. 286.

Une ouvrière de 18 ans est fiancée à un homme chez lequel on trouve des plaques muqueuses buccales. Leurs relations se bornent à un échange de baisers sans aucun rapport sexuel.

Un chancre de l'amygdale apparaît chez la jeune fille, bientôt suivi d'un chancre de la vulve.

Il s'agirait d'une auto-inoculation : la malade atteinte de leucorrhée, se serait traitée, sur les conseils d'une voisine, par des frictions répétées de sa propre salive. J. MARGAROT.

Syphilis secondaire par transfusion sanguine (Secundarismo por transfusion sanguinea), par José TRAGANT CARLES. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 65, février 1930, p. 287.

Des syphilides secondaires accompagnées de polyadénite, d'asthénie, de céphalée et d'arthralgies apparaissent chez un sujet ne présentant aucune trace de chancre, mais chez qui une transfusion de sang a été pratiquée un mois et demi auparavant, après une intervention chirurgicale. Le donneur est le propre frère du malade. Sain en apparence et père d'un fils bien portant, il a eu un enfant mort-né et présente une réaction sérologique positive. J. MARGAROT.

Tertiarisme et traumatisme (Terciarismo y traumatismo), par Jaime PEYRI. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 65, février 1930, p. 283.

Une femme présente une éruption tuberculo-gommeuse des jambes après s'être mouillé les pieds. A quelque temps de là, un accident de chemin de fer provoque chez elle des lésions de même type sur l'épaule. Enfin, un traumatisme du front est suivi de l'apparition d'éléments identiques sur cette région. J. MARGAROT.

Traitement des tuberculoses cutanées (Tratamiento de las tuberculosis cutaneas), par Antonio PEYRI. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 66, mars 1931, p. 363.

La thérapeutique des tuberculoses cutanées doit tenir compte de nombreux facteurs (virulence et mode d'introduction du germe, comportement de l'organisme, etc.).

L'auteur passe en revue les diverses méthodes locales (extirpation, caustiques, cautérisation ignée, neige carbonique, photothérapie,

rayons X, radium, etc.) et générales (tuberculinothérapie, sels d'or, actinothérapie) et précise leurs indications relatives dans les divers cas.

L'extirpation convient aux petits lupus, aux sarcoïdes hypodermiques, à quelques cas de tubercules anatomiques et de tuberculose verruqueuse.

La scrofulodermie et les tuberculoses fongueuses sont justiciables d'un curettage avec thermocautérisation et de scarifications suivies de l'application d'un caustique.

Le thermo et le galvanocautère sont d'un emploi plus limité, excepté dans les ulcères tuberculeux et dans le chancre primaire.

La neige carbonique trouve sa grande indication dans le lupus érythémateux.

La tuberculine, injustement abandonnée à l'heure actuelle, donne de bons résultats dans l'érythème induré, le lichen scrofulosorum, l'acnitis. Plusieurs cas de pityriasis rubra-pilaire et de granulome annulaire ont été guéris par la tuberculine, par le vaccin de Vaudremer, par l'antigène méthylique de Nègre et Boquet. Ce dernier a donné de bons résultats dans les formes ulcéreuses et végétantes.

La sanocrysine a une action rapide dans le lupus érythémateux. Elle doit constituer la médication de fond des tuberculoses cutanées.

La diète de Gerson, supprimant le chlorure de sodium de l'alimentation, a souvent pour conséquence chez les lupiques une régression de l'infiltration et une cicatrisation des lésions ouvertes ulcéreuses ou fongueuses.

Elle est utilisable spécialement dans les cas chroniques. Comme médication adjuvante, on peut prescrire l'huile de foie de morue, les vitamines, l'iode, les sels de calcium.

La sanocrysine, les tuberculines et l'actinothérapie constituent le trépied des grandes médications de la tuberculose cutanée.

J. Margarot.

Prophylaxie individuelle et sociale de la syphilis et de la blennorragie (Profilaxis individual y social de la sifilis y blenorragia), par J. Perez Guzman. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 66, mars 1931, p. 347.

L'éducation sanitaire tient la première place dans la prophylaxie individuelle des maladies vénériennes. Il est nécessaire que chacun apprenne à connaître les signes probables de la blennorragie et de la syphilis, de manière à éviter tout contact avec une personne suspecte. L'auteur indique les précautions à prendre avant et après l'acte et conseille, à la vue du moindre symptôme, de consulter un spécialiste de compétence et d'honorabilité reconnues.

C'est également l'éducation qui doit être à la base de la prophylaxie sociale. Sans elle, tous les règlements sont lettre morte.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Action spécifique apparente de l'iodure de sodium dans le zona (Apparent specific effects of sodium iodide in herpes zoster), par Ruggles *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931, p. 472.

R. signale la guérison rapide de 15 cas de zona, dont 3 zonas ophtalmiques, par des injections intraveineuses de 2 grammes d'iodure de sodium dans 20 centimètres cubes d'eau. La douleur cède à la première injection ; l'assèchement des vésicules débute dès le lendemain. Il n'a jamais été nécessaire de faire plus de 4 injections.

S. Fernet.

Empoisonnement par l'acétate de thallium (Poisoning from thallium acetate), par Rubenstein. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931, p. 477.

Un enfant de 7 ans, présentant des stigmates d'hérédo-syphilis et un Wassermann positif, absorbe 0 gr. 16 d'acétate de thallium correspondant à 8 milligrammes par kilo de poids. Des symptômes de névrite des membres inférieurs apparaissent au bout de 8 jours et se compliquent bientôt d'incontinence des urines et des matières. L'enfant meurt 3 semaines après l'ingestion du médicament au cours d'un syndrome d'encéphalite toxique. S. Fernet.

Leishmaniose américaine (American Leishmaniasis), par Fox. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931, p. 480, 13 fig.

Étude clinique et épidémiologique de la Leishmaniose américaine d'après le matériel de l'hôpital de São Paulo où 70 o/o des lits sont occupés par ces malades.

Malgré la ressemblance de la *L. tropica* du bouton d'Orient et de la *L. braziliensis* sur les frottis, les coupes et les cultures, des différences entre ces deux agents peuvent être constatées sur quelques milieux solides.

Le bouton d'Orient et la Leishmaniose américaine diffèrent cliniquement et sont dus à des espèces voisines mais différentes de Leishmania.

La Leishmaniose américaine a une évolution très longue, elle ne confère pas l'immunité, elle s'accompagne de lésions naso-pharyngées dans 10 à 20 o/o des cas, elle est caractérisée par une grande résistance au traitement et par une évolution progressive vers la cachexie et la mort. Le bouton d'Orient est plus bénin, limité à la peau, accessible au traitement, confère invariablement l'immunité, ne conduit pas à la mort. S. Fernet.

Cellulite dissécante du cuir chevelu (Dissecting cellulitis of the scalp), par Barney. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931, p. 503, 10 fig.

Revue générale et bibliographie à propos d'un cas d'abcès multiples

et de décollement purulent du cuir chevelu. Cette affection, dont quelques cas ont été décrits sous le nom de *perifolliculitis capitis abcedens* et *suffodiens*, s'observe chez des hommes de 20 à 40 ans et paraît être due aux agents communs de la suppuration. Il s'agit de périfolliculites à marche extensive, suivies de cellulite purulente et de décollement du cuir chevelu. La pathogénie est obscure ; le traitement surtout chirurgical. S. FERNET.

Concrétions calcaires cutanées (Cutaneous calcinosis), par MALONEY et BLOOM. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 2, février 1931, p. 245, 16 fig.

Étude d'un cas remarquable de concrétions calcaires multiples des mains, des coudes et des genoux chez un garçon de 14 ans. Aperçu bibliographique. S. FERNET.

Pigmentation de la peau et des muqueuses ressemblant à l'argyrie consécutive au traitement par le bismuth et la silver-arsphénamine (A discoloration of the skin and mucous membranes resembling argyria, following the use of bismuth and silver-arsphenamine), par SPIEGEL. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 2, février 1931, p. 266, 12 fig.

Observations de trois malades qui présentèrent, à la suite de traitements mixtes par le bismuth et la silver-arsphénamine, une pigmentation gris-bleu de la face et de la muqueuse buccale. L'examen chimique et spectroscopique révéla la présence de granulations argentiques dans la peau.

Pour éviter ces accidents, il ne faut jamais atteindre avec la silver-arsphénamine des doses totales élevées.

S. FERNET.

La virulence du tréponème pâle dans les cultures (The virulence of Spirochæta pallida in culture), par GAMMEL et ECKER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931, p. 437.

Au cours de leurs tentatives de cultiver les tréponèmes, G. et E. ont constaté qu'il n'y a aucun parallélisme entre la mobilité des tréponèmes dans une culture et leur virulence pour le lapin. La virulence s'atténue très rapidement : après 24 heures, alors que les tréponèmes sont morphologiquement typiques et qu'ils ont leur mobilité caractéristique, on ne peut plus réussir de repiquage ni d'inoculation.

Il en est de même pour les fragments d'organes contenant des tréponèmes : 72 heures après leur prélèvement, les tréponèmes conservent leurs caractères morphologiques mais leur inoculation reste négative.

S. FERNET.

La kératolyse exfoliative et le champignon en mosaïque (Keratolysis exfoliativa and the mosaic fungus), par MAC KEE et LEWIS. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 3, mars 1931 p. 445.

L'affection connue sous ce nom en Amérique correspond à la « desquamation estivale en aires des mains » des auteurs français et à la « dysidrose lamelleuse sèche » des auteurs allemands. Il s'agit d'îlots de desquamation à marche excentrique, débutant par de petits soulèvements foliacés de l'épiderme simulant des vésicules, mais ne contenant jamais de liquide. L'épiderme soulevé se rompt, le décollement continue excentriquement formant des collerettes épidermiques à formes géographiques.

Mc K. et L. ont constaté dans les squames la présence d'un champignon « en mosaïque » qui n'a pas encore pu être identifié et dont la nature même prête encore à discussion.

S. Fernet.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Nodosités juxta-articulaires syphilitiques (Syphilitic juxta articular nodes), par Brunsting. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, n° 1, janvier 1931, p. 42.

B. cite trois cas de nodosités juxta-articulaires chez des syphilitiques avérés n'ayant jamais séjourné dans les régions tropicales. La nature syphilitique des lésions était, d'ailleurs, histologiquement manifeste. L'un des cas fut guéri rapidement par le traitement spécifique mixte.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Vue d'ensemble sur l'évolution de la syphilis (A symposium on certain phases of syphilis). *The Urologic and Cutaneous Review*, vol. XXXV, n° 2, février 1931, p. 69 à 122.

Enquête mondiale sur les questions suivantes : la syphilis a-t-elle augmenté ou diminué depuis la guerre et pourquoi ? Dans quelles mesures les conditions économiques et morales d'après-guerre interviennent-elles dans la fréquence actuelle de la syphilis ? Y a-t-il, depuis la guerre, un changement dans l'âge moyen des contaminations syphilitiques, en particulier chez les femmes ? L'émancipation politique et économique de la femme a-t-elle une influence sur la fréquence de la syphilis ? Y a-t-il augmentation ou diminution de la neuro-syphilis depuis l'emploi des arsenicaux et du bismuth ? Une immunité syphilitique se développe-t-elle dans les populations les plus civilisées du monde ?

108 réponses émanant des syphiligraphes du monde entier, ont été enregistrées. Toutes les déclarations s'appuient sur des impressions car, en dehors des pays scandinaves, aucun pays ne possède de statistiques officielles précises. Les réponses au questionnaires sont à peu près toutes remarquablement concordantes. Dans tous les pays touchés par la guerre ou en ayant subi la répercussion, on signale une augmentation consi-

dérable de la syphilis pendant et immédiatement après la guerre, une diminution rapide de 1921 à 1927 et une légère augmentation depuis cette date. On ne signale aucun changement dans l'âge moyen des contaminations vénériennes. L'émancipation politique et économique de la femme n'est pas considérée comme un facteur d'augmentation des maladies vénériennes. Dans à peu près tous les pays civilisés, on dénonce l'accroissement de la fréquence de la neuro-syphilis. Ni l'ancienneté de la syphilis ni la civilisation ne paraissent créer une immunité quelconque contre la syphilis. S. Fernet.

Expériences sur la vaccino-thérapie de la syphilis (Experiments in the vaccine treatment of syphilis), par Planner (de Vienne). *The Urologic and cutaneous Review*, mars 1931, p. 150.

On semble pratiquer couramment à Vienne les intradermo-réactions au vaccin syphilitique. Les divers vaccins employés sont préparés soit avec des foies, des rates ou des reins d'hérédo, soit avec le syphilome testiculaire du lapin ; ce dernier, préparé par l'Institut sérothérapeutique de Vienne existe dans le commerce sous le nom de Luotest.

Au cours de l'expérimentation de ces produits, quelques résultats thérapeutiques ont été observés. P. cite trois observations de syphilis rebelles, récidivantes, résistant aux traitements habituels, qui ont cédé à quelques injections de vaccin syphilitique. Des réactions focales se sont produites dans tous les cas, permettant d'affirmer qu'il s'agissait bien d'une action spécifique du vaccin et non d'une stimulation par protéinothérapie indifférente. S. Fernet.

Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Sur l'idiosyncrasie à l'iodoforme, par Bizzozzero et Ferari *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 3 (22 pages, Bibliographie).

Les auteurs ont eu en traitement un jeune garçon atteint de lupus, qui présentait une idiosyncrasie à l'iodoforme et ce malade leur a servi de sujet d'étude pour préciser les conditions de cette sensibilité, particulière à certains sujets.

Après une revue des travaux antérieurs, ils exposent leurs expériences dirigées en vue d'établir le siège et les modalités de la réaction, l'état du système neuro-végétatif, d'étudier le transport passif, la sensibilisation expérimentale, l'action des facteurs étrangers.

Le détail de ces expériences ne pouvant être exposé, nous nous bornerons à indiquer quels sont les points principaux qu'elles ont mis en évidence :

1° La réaction fait défaut si l'iodoforme est mis en contact avec le derme, ou avec les muqueuses ; elle se produit seulement lorsqu'il y a contact avec l'épiderme cutané ; cette propriété réactionnelle spéciale

semble devoir être attribuée au *stratum lucidum* et au *stratum granulosum*.

2° Un contact de quelques secondes suffit à provoquer la réaction, celle-ci est sans rapport avec la durée du contact.

3° Autour des points de contact, on voit l'érythème se diffuser, et on pourrait croire que cette diffusion est due à l'action de vapeurs ou à une propagation du processus inflammatoire. Il n'en est rien, cette diffusion est due en réalité au contact de minimes particules et ce sont ces particules qui se diffusent.

4. La réaction traverse plusieurs stades : *a*) période de première incubation (25′-30′) ; *b*) érythème de courte durée (1-2 heures) ; *c*) période de seconde incubation ; *d*) période de dermatite.

5° L'idiosyncrasie à l'iodoforme est une hypersensibilité aux radicaux dérivés du méthane en tant que ceux-ci sont iodurés ; et plus particulièrement un rôle important semble devoir être attribué au nombre d'atomes de H contenus dans ces radicaux.

6° Chez le sujet observé, existait une instabilité vagotonique avec prévalence du parasympathique, démontrée par le réflexe oculo-cardiaque, les épreuves pharmacodynamiques, la forte leucopénie. Cet état du système nerveux neuro-végétatif semble avoir joué un rôle dans l'apparition de l'idiosyncrasie.

7° Pour ce qui est du transport passif chez l'homme, les épreuves habituelles ont été négatives. Mais un résultat positif fut obtenu par la méthode de Praussnitz-Kustner, appliquée selon les indications de Lehner et Rajka, c'est-à-dire en prélevant le sang dans la période de temps comprise entre 10 et 30 minutes après l'application de l'allergène. Après 30 minutes, la réaction demeurait négative.

8° Les expériences pratiquées ont confirmé la doctrine qui considère l'idiosyncrasie à l'iodoforme comme la conséquence d'une réaction allergène + réagine ; elles confirment aussi la conception de Doerr sur l'unité de l'idiosyncrasie et de l'anaphylaxie.

9° Des facteurs étrangers peuvent modifier le comportement de la peau. C'est ainsi que chez un malade, fut observée une réaction cutanée à distance, sur des points où l'allergène n'avait aucun contact avec la couche cornée. Cette réaction s'était produite seulement sur les parties découvertes et les auteurs pensent que le facteur étranger consistait en une sensibilisation par la lumière, produite depuis longtemps de sorte que, dans ce cas, ce n'est pas le médicament qui avait sensibilisé la peau à la lumière, mais la lumière qui aurait sensibilisé la peau au médicament.

BELGODERE.

Au sujet du cancer de la peau (Leçon inaugurale du Cours de Dermo-syphiligraphie), par CROSTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 25 (18 pages).

C. fait remarquer qu'il est singulier que certaines formes cliniques, considérées par les dermatologistes comme de véritables syndromes

pré-épithéliomateux ou épithéliomateux, parce qu'elles ont comme substratum des mouvements de l'épiderme atypiques et évoluant vers des caractères atténués mais certains de malignité, aient été mises en lumière seulement à une époque récente.

L'auteur cherche dans cette leçon, à préciser la valeur exacte du concept d'*état précancéreux*, et à le différencier de l'épithélioma à malignité plus ou moins *actuelle*. Il prend comme base de discussion deux types d'épithéliomatose cutanée qui, d'après lui, doivent rester distincts, tandis que certains auteurs les confondent dans la famille des épithéliomas superficiels de la peau. Ces deux types sont : la maladie de Bowen ou dyskératose lenticulaire et le carcinoïde d'Arning.

Il rapporte deux cas qui peuvent être rattachés à l'une et à l'autre de ces deux formes et entreprend à ce propos une discussion qui ne peut se résumer mais d'où se dégage l'impression, que donnent souvent les discussions d'histologie pathologique, d'une ignorance qui cherche à se masquer derrière le voile d'une science absconse : la vérité est en général beaucoup plus claire.

Du parallèle entre ces deux formes, il conclut que la maladie de Bowen doit être placée « à cheval » entre les formes précancéreuses bien définies par des facteurs pathogéniques connus et les formes vraiment épithéliomateuses à évolution lente et bénigne ; dans cette forme, on observe graduellement les plus intéressantes transformations cellulaires vers la malignité que peut manifester l'état précancéreux. L'étude des malades atteints de maladie de Bowen avec manifestations éruptives multiples qui se renouvellent singulièrement et incessamment, étude qui doit être orientée dans le sens de recherches physio-pathologiques générales et locales, devrait contribuer, plus que toute autre observation dermatologique clinique, à pénétrer l'obscur problème de la genèse de l'épithélioma cutané. BELGODERE.

Observations sur un cas d'érythrodermie exfoliatrice primitive par dysfonction pluriglandulaire, par LEIGHEB. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 43 (32 pages).

L'auteur développe avec abondance l'histoire d'une jeune fille de 20 ans atteinte de maladie de Wilson, ou érythrodermie exfoliatrice *primitive*, c'est-à-dire indépendante de toute intoxication et de toute dermatose susceptible d'aboutir à cette complication. En outre, cette jeune fille était aménorrhéique et présentait des caractéristiques constitutionnelles permettant d'affirmer une dysfonction ovarienne et hypophysaire. Rappel des relations qui unissent entre elles ces deux glandes au point de vue physiologique. L. fait une étude très complète de sa malade : recherches anthropométriques, réactivité cutanée, examens du sang, de la pression sanguine, du métabolisme, des urines, etc., etc.

Ces divers examens ayant permis de conclure à des dysfonctions endocriniennes sans doute complexes et plus particulièrement ovariennes et hypophysaires et les répercussions de ces troubles endocriniens sur la

peau étant aujourd'hui de plus en plus admises, la malade fut soumise à divers traitements opothérapiques, ovariens et hypophysaires. L'activité de ces produits fut rendue manifeste par certaines réactions telles que : douleur ovarienne, pertes blanches, céphalées, et des signes d'intolérance : vomissements, etc. Enfin, les règles firent leur réapparition, sous l'influence d'une préparation opothérapique allemande, le « Progynon », mélange complexe et secret d'hormones sexuelles femelles à haute concentration, qui s'administre en pilules par la voie buccale. En même temps que les règles étaient réapparues, la dermatose, après diverses vicissitudes, s'améliorait, pour finalement disparaître complètement. Depuis ce résultat thérapeutique brillant se serait maintenu. Comme les préparations opothérapiques utilisées ont été diverses, l'auteur ne peut pas attribuer le mérite du résultat à l'une plutôt qu'à l'autre ; sans doute, les règles sont revenues au moment où était administré le Progynon, mais il est possible que l'action de ce remède ait été favorisée par ceux qui avaient été précédemment employés. Il est plus prudent d'admettre que l'heureux résultat doit être rapporté à l'ensemble des moyens opothérapiques qui ont été utilisés.

Belgodere.

Influence des rayons ultra-violets, des rayons Rœntgen du radium et de quelques métaux sur les éléments de la réaction de Wassermann, par Agostino Ambrogio. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 75 (34 pages, dont 3 pages de Bibliographie).

Déjà, divers auteurs se sont demandés si les diverses modalités de la thérapeutique actinique pouvaient avoir une influence sur les réactions immunitaires et des expériences dans ce sens ont été faites *in vivo*.

L'auteur a voulu expérimenter cette même influence *in vitro*, sur les éléments de la réaction de Bordet-Wassermann. On conçoit que, des modifications constatées, pourraient être tirées des applications pratiques au point de vue du diagnostic et du traitement de la syphilis. Sans entrer dans le détail des travaux antérieurs, que A. passe en revue, ni dans l'exposé de ses recherches personnelles, voici quels ont été les résultats de ses expériences :

1. *Rayons ultra-violets*. — Ils agissent sur le complément, dilué ou non dilué, en diminuant son pouvoir complémentaire jusqu'à le détruire si l'irradiation est prolongée. Les antigènes et le sérum hémolytique sont faiblement influencés. Les sérums à Bordet-Wassermann positif donnent encore cette réaction après l'irradiation ; ils peuvent cependant devenir négatifs surtout par l'effet de la dilution et de l'agitation. Les rayons ultra-violets influencent les sérums à Bordet-Wassermann négatif seulement en ce qu'ils peuvent leur attribuer des propriétés anticomplémentaires absentes avant l'irradiation ; ils peuvent aussi exercer une action lytique sur les globules rouges du sang.

2. *Rayons Rœntgen*. — Ils ont le pouvoir d'affaiblir le complément spécialement si celui-ci est dilué à fortes dilutions ; mais cette action

destructrice semble moins prononcée que celle des rayons ultra-violets. Leur influence sur le sérum hémolytique est faible. Ils n'exercent aucune action appréciable sur les antigènes et sur les sérums au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann.

3. *Radium.* — Il peut affaiblir le complément, surtout s'il est dilué à grandes dilutions ; il peut déterminer à un faible degré un affaiblissement du sérum hémolytique ; il ne modifie pas le comportement des sérums au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann ; il peut cependant leur attribuer des valeurs anticomplémentaires. Il peut exercer une action altérante sur les antigènes, qui ne réagissent pas tous du reste d'une manière égale et l'addition de cholestérine les protège du reste contre cette action du radium.

4. *Métaux.* — On sait que les métaux très finement pulvérisés, mélangés à des substances protéiques, sont fixés par les protéines et cette fixation peut entraîner des modifications des propriétés physico-chimiques tant de la substance métallique que de la substance protéique. D'où possibilité de modifier ainsi les réactions immunitaires. Au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann, A. a constaté que les métaux (nickel et cobalt) n'ont exercé aucune action sur le complément et sur le sérum hémolytique. Les sérums métallisés ont conservé sans modifications leurs propriétés humorales par rapport à la réaction de Bordet-Wassermann. Les métaux radioactifs ont seulement déterminé des modifications irrégulières qu'on peut rapporter à leurs propriétés radioactives, qui ne peuvent se distinguer de celles qu'occasionne le radium isolément.

BELGODERE.

Les processus de déshydrogénation de la peau en rapport avec la pigmentation et la régénération du poil, par CERUTTI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 109 (12 pages, Bibliographie).

On tend de plus en plus à considérer la pigmentation, la mélanogénèse comme la conséquence d'un processus de fermentation : elle serait due à des oxydations qui se produiraient, non par fixation d'oxygène mais par soustraction d'hydrogène : *déshydrogénation.* Nous avons eu déjà plusieurs fois l'occasion d'exposer sur ce point les conceptions de Wieland.

Pour contrôler cette théorie, C. a entrepris une série d'expériences sur 21 lapins, les uns à poil gris, les autres à poil blanc. Ces lapins étaient épilés sur une certaine surface cutanée. Dans ce cas, chez les lapins à poil gris, la repousse du poil est précédée d'une pigmentation qui n'a pas lieu chez les lapins à poil blanc. De sorte que, en pratiquant des biopsies, on pouvait comparer l'activité des processus de déshydrogénation chez les lapins pigmentés ou non pigmentés.

Ces expériences ont montré que, en effet, chez les lapins à peau pigmentée, les processus de déshydrogénation sont légèrement plus accen-

tués. Ce qui semble bien apporter une confirmation aux théories susénoncées sur le processus intime de la pigmentation.

BELGODERE.

De la pseudobotryomycose, par Antonio MAHRAS. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 121 (10 pages, 2 fig. en noir, 3 planches en couleur, Bibliographie).

La vraie botryomycose, c'est-à-dire la botryomycose équine, celle qui est due à un champignon, ne s'observe pas en réalité chez l'homme, ou du moins exceptionnellement. Ce que l'on rencontre chez l'homme, ce sont des cas dont les lésions offrent des analogies cliniques, des cas de fausse botryomycose, où l'on ne trouve aucun parasite végétal, mais seulement des germes qui sont visiblement des saprophytes sans action pathogène. En outre, si l'on fait l'examen histologique de ces fausses botryomycoses, on voit que, à l'analogie clinique ne correspondent pas toujours des analogies histologiques. M. en donne la preuve en rapportant deux cas de fausse botryomycose dont il fait l'étude histologique accompagnée de belles figures : l'un présentait les caractères histologiques d'un *angiome tubéreux*, l'autre ceux d'un *granulome hyperplasique*. Il en conclut donc que le diagnostic de fausse botryomycose doit être accompagné d'une qualification histologique, si l'on veut faire un diagnostic précis et complet. Au point de vue étiologique, il croit que la lésion est due à un virus filtrable, comme les verrues, les condylomes, le *molluscum contagiosum*.

BELGODERE.

Épidermomycose achromiante par Hemispora Stellata, par G. MANTARRO, *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 131 (12 pages, Bibliographie).

L'auteur rapporte six cas dans lesquels le parasite était l'*Hemispora Stellata*, démontré par l'examen direct et dans quelques cas par les cultures. Il passe en revue les différentes dermatoses dans lesquelles des hyphomycètes peuvent avoir, tantôt une action chromogène, tantôt une action achromiante. Les cas publiés par M. diffèrent de ceux de Gougerot, dont le parasite était le *Microsporon furfur*. Discussion sur le mécanisme de production de l'achromie. Gougerot pense que c'est le parasite qui joue le rôle d'écran protecteur : il n'y a pas en réalité achromie, mais hyperchromie autour des lésions, cette pseudo-achromie ne se produisant qu'après exposition aux rayons solaires. M. n'est pas de cet avis : avec Castellani, il pense que le parasite peut avoir une action perturbatrice sur la production du pigment dans la peau par l'action de certains ferments : il pourrait ainsi se produire des taches leucodermiques, des achromies vraies. M. reconnaît que le problème cependant n'est pas encore résolu et appelle de nouvelles recherches.

BELGODERE.

Lymphangio-endothéliome kystique du scrotum, par M. BORTOLOZZI. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, février 1931, p. 144 (11 pages, 2 planches en couleur, Bibliographie).

B. expose les différentes conceptions proposées par les histo-pathologistes sur les tumeurs de cette catégorie. Ces conceptions sont des plus contradictoires et l'on a abouti à un véritable maquis de classifications. Les efforts ont été vains pour établîr une coordination entre l'histogénèse, les caractères histologiques et les caractères cliniques.

B. expose ensuite un cas personnel de lymphangio-endothéliome kystique du scrotum chez un sujet âgé de 66 ans. La constitution kystique, très accentuée, était visible à l'œil nu. Au microscope, les cavités apparaissaient séparées par des cloisons conjonctivo-musculaires, tapissées par des cellules d'aspect épithélial. Au niveau des points d'intersection de ces cloisons, on constatait la présence d'amas, de nids, de cellules lymphoïdes, et sur certains points où il y avait des lymphangiectasies microkystiques, on découvrait des cellules géantes. Enfin l'aspect histologique était encore remarquable par une grande abondance de fibres musculaires lisses, si nombreuses, qu'on ne pouvait les considérer comme de simples fibres du dartros incluses dans la tumeur, mais bien comme le produit d'une prolifération néoplasique. La présence de cellules géantes pouvait faire penser à un éléphantiasis granulomateux, mais les recherches au point de vue du bacille de Koch furent négatives. comme de simples fibres du dartos incluses dans la tumeur, mais bien dans son cas, d'un lymphangio-endothéliome du scrotum, avec quelques particularités spéciales d'évolution et de structure.

BELGODERE.

Recherches comparatives entre la M. K. R. et la réaction de Bordet Wassermann sur 2 500 sérums, par Gianfranco CHIALE. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia,* fasc. 1, février 1931, p. 156 (17 pages, Bibliographie).

Considérations générales sur la valeur respective des réactions d'hémolyse et des réactions de floculation. La dernière en date de celles-ci, la M. K. R. a réalisé, de l'avis général, un progrès sensible. C. fait une revue générale des diverses publications relatives aux recherches comparatives concernant la M. K. R. Il insiste sur certains détails techniques indispensables pour la bonne exécution de cette réaction.

Il expose enfin ses résultats personnels, d'après des recherches effectuées sur 2.500 sérums, luétiques et non luétiques.

Sur 773 sérums luétiques, Bordet-Wassermann : 565 résultats positifs, soit 73 o/o ; M. K. R. : 676, soit 84,4 o/o, donc 111 cas de positivité de plus. A une réaction de Bordet-Wassermann positive correspond en général une M. K. R. encore plus nettement positive.

La sensibilité plus grande de la M. K. R. est évidente dans la syphilis secondaire, tertiaire, congénitale, et dans la parasyphilis, et plus nette encore dans la syphilis primaire et latente.

Cependant, dans deux cas, C. a trouvé la réaction de Bordet-Wassermann positive, alors que la M. K. R. était négative.

Dans l'ensemble, la proportion des résultats spécifiques a été de

0,87 o/o pour la réaction de Bordet-Wassermann, de 0,28 o/o pour la M. K. R.

L'indice de spécificité s'est montré de 72,29 pour la réaction de Bordet-Wassermann, de 86,94 pour la M. K. R.

Quand un sujet a une réaction de Bordet-Wassermann négative avec M. K. R. positive, que faut-il conclure au point de vue du traitement ? C. pense que de tels sujets doivent être encore traités. Cependant, cette conclusion ne doit pas être absolue et il faut tenir compte des considérations cliniques et de l'intensité des traitements antérieurs.

Enfin et surtout, comme toutes les diverses réactions ont leur point faible, leurs causes d'erreur, il ne faut pas se borner à une seule réaction, mais toujours en associer plusieurs. C. recommande l'association : Bordet-Wassermann ; M. K. R. ; M. B. R. II.

BELGODERE.

Action de la boue thermale sur l'hydrémie, par COMEL. *Giornale Italiano di Dermatologia e Sifilologia*, fasc. 1, p. 174 (20 pages, Bibliographie).

C. s'est proposé de résoudre le problème physiologique suivant : quelles sont les modifications du sang et, en particulier, quelles sont les modifications de l'hydrémie qui peuvent résulter d'une sudation abondante ?

La perte d'eau que peut subir l'organisme est susceptible d'atteindre jusqu'à 12 litres d'eau par 24 heures, et en quelques heures jusqu'à un tiers de la masse du sang. A première vue, il semble qu'il doive résulter de cette perte de liquide, entre autres modifications, un épaississement du sang.

C. a entrepris ses recherches sur des sujets soumis au traitement par les boues thermales d'Acqui dont la température est de 50 à 52 degrés, traitement qui détermine des sudations abondantes. Il a étudié avant, pendant et après le traitement, le résidu sec du sang, en chiffres absolus et pour cent, les variations de l'uricémie, les variations du poids du corps ; il s'agissait de sujets goutteux et rhumatisants.

Voici les résultats de ces recherches :

1. Les variations du résidu sec du sang à la suite d'applications de boues thermales sont, dans la plupart des cas, peu importantes par rapport à l'énorme perte de liquide subie par l'organisme du fait de la sudation. En moyenne, ces variations sont inférieures à 5 o/o ; elles ne se produisent pas d'ailleurs toujours dans le même sens : des augmentations, des valeurs inchangées, des diminutions furent constatées ; l'augmentation est cependant la plus fréquente : 75 o/o des cas.

Le comportement de l'uricémie est souvent, mais non toujours, parallèle à celui de l'hydrémie, mais sans qu'il y ait identité au point de vue des quantités ; quelquefois, au contraire, le rapport est inversé : à une diminution du résidu sec, correspond une augmentation de l'acide urique.

2. Si l'on tient compte des données de l'hydrémie et de celles de

l'élimination de liquide par la voie cutanée, il convient d'admettre que les applications de boues provoquent un flux appréciable de liquide des tissus vers le sang. Si l'on tient compte des données contemporaines de l'uricémie, on peut admettre que, parallèlement au flux liquide, il se produit un appel important d'acide urique des tissus vers le sang, dans la plupart des cas, et ainsi s'expliqueraient les résultats de la cure thermale : disparition des tophi, des douleurs articulaires.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Contribution à la connaissance de l'érysipéloïde, par Balbi. *Il Dermosifilografo*. 6e année, no 2, février 1931, p. 71 (18 pages, 6 fig., Bibliographie).

L'érysipéloïde, ou maladie de Rosenbach, est une affection cutanée produite par l'inoculation à l'homme du germe pathogène du rouget du porc, le bacille de Loeffler. L'auteur en décrit cinq cas qu'il a eu l'occasion d'observer. Il s'agit de placards érysipéloïdes, se développant le plus souvent autour d'une blessure, d'une excoriation de l'épiderme, de couleur rouge bleuâtre, légèrement surélevés et œdémateux, de telle sorte que la partie centrale est en général moins colorée que la zone périphérique, les bords sont nets, mais sans être aussi saillants que ceux de l'érysipèle, et ils présentent des digitations qui marquent le processus d'extension de la lésion. Au centre, existe une pustule hémorragique, qui n'est pas constante et qui manquait dans les cinq cas étudiés par B. Les doigts, quand ils sont le siège de cette lésion, sont déformés en saucisson ; la lésion donne lieu à du prurit et s'accompagne souvent d'une arthrite de l'articulation sous-jacente, par exemple au doigt. Il peut y avoir lymphangite, adénite et des symptômes généraux plus ou moins graves, constants au début. Le pronostic est habituellement bénin, mais la mort peut survenir cependant par accidents septicémiques surtout dans les infections occasionnées par des cultures.

Cette maladie s'observe chez les sujets qui sont en contact avec les porcs, mais elle se rencontre aussi chez les pêcheurs, à la suite de morsures, ou de piqûres par arêtes.

Elle est due à un bacille spécial, le bacille de Loeffler, dont la découverte a permis d'identifier plusieurs infections désignées précédemment par des appellations différentes : rouget du porc, érysipéloïde de l'homme. Il vit à l'état saprophytique dans l'intestin et les amygdales du porc, et aussi chez les poissons, le rat, le lapin. La contagion peut résulter du contact même avec des animaux en apparence indemnes. Le diagnostic est à faire avec l'érythème noueux, l'érythème polymorphe, l'érysipèle vrai.

B. insiste sur l'étude histologique de ses cinq cas, d'où il résulte que le tableau histologique de l'érysipéloïde consiste surtout dans des lésions des vaisseaux sanguins et lymphatiques accompagnées d'œdèmes dus

au trouble circulatoire consécutif ; en outre, il y a une infiltration du derme papillaire et moyen, comprenant parfois quelques mastzellen ; quelquefois aussi, il existe des foyers d'infiltration profonds plus accentués que les foyers superficiels.

Dans cette affection, on observe des réactions humorales immunitaires : précipitines, agglutination, intradermo-réactions positives, et le traitement le plus efficace est la sérothérapie par le sérum antirouget, qui amène généralement une guérison rapide.

BELGODERE.

Sur le traitement de la syphilis infantile par les dérivés de l'acide oxyaminophénylarsinique, par M. AGOSTINI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 2, février 1931, p. 89 (10 pages, Bibliographie).

L'auteur fait connaître les résultats qu'il a constatés dans une centaine de cas de syphilis chez des enfants soumis au traitement buccal au moyen de dérivés de l'acide oxyaminophénylarsinique (stovarsol et tréparsol). Ces cas peuvent se répartir en trois groupes : 1° manifestations spécifiques en activité ; 2° syphilis dystrophique ; 3° syphilis latente.

Il conclut que les médicaments de ce groupe peuvent être considérés comme un excellent remède dans la syphilis infantile. Ils sont en général bien tolérés, ont une action eutrophique remarquable, une action rapide sur les manifestations cliniques de la syphilis et sur la réaction de Bordet-Wassermann. Les résultats obtenus jusqu'alors, certainement supérieurs à ceux que l'on observe par l'emploi des autres médicaments antisyphilitiques peuvent être comparés à ceux que donne le 914 et ses dérivés par voie intraveineuse et intramusculaire. Il convient d'insister particulièrement sur la facilité du mode d'administration, ce qui est particulièrement appréciable dans la thérapeutique infantile. En somme ce travail confirme ce que l'on savait déjà.

BELGODERE.

Sur les dermatoses allergiques. L'expérience de la Clinique dermatologique de Sienne, par L. TOMMASI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 2, février 1931, p. 57 (11 pages).

Le Prof. T. passe en revue les différents types de dermatoses allergiques (en donnant à ce terme le sens le plus compréhensif) observés durant ces dernières années à la Clinique de Sienne : dermatoses par allergie actinique, chimique, cosmétique, végétale, professionnelle, médicamenteuse, eczémas récidivants, prurigos, urticaire, herpès, etc. Il fait remarquer que l'allergie, lorsqu'elle est à prévalence épithéliale, donne des réactions à prévalence eczémateuse, mais cette règle n'est pas absolue.

Dans sa statistique, on ne trouve pas de manifestations allergiques dues à des produits du métabolisme azoté ou sucré, mais cela ne veut pas dire que ces produits n'aient aucune influence, ce qui serait en

contradiction avec la clinique, avec les faits bien connus d'eczéma uricémique par exemple. Mais en réalité, le taux d'uricémie susceptible d'exercer une influence pathologique est très difficile à apprécier, car il varie d'un sujet à l'autre, et chez un même sujet, d'un instant à l'autre. T. a pu en effet établir par ses recherches, que certaines intoxications exogènes et endogènes et même certaines infections, mettent en évidence ou entretiennent des états d'allergie et d'hypersensibilité vis-à-vis de substances exogènes, qui, en temps normal, seraient bien tolérées. Il pense que l'interprétation des causes concomitantes, de la préparation de fond, de la sommation des causes locales exogènes spécifiques avec des causes générales endogènes aspécifiques est de la plus grande importance dans l'interprétation des faits cliniques quotidiens, et au point de vue thérapeutique.

Un autre point important est celui de la valeur des moyens techniques pour révéler l'hypersensibilité et rechercher les antigènes, ou mieux les allergènes. T. a remarqué par exemple, que, chez certains sujets, une préparation sudorale est nécessaire pour que l'antigène produise ses effets. D'autres fois, c'est une question de dose, de durée d'action, parce que dans la peau, spécialement au point de vue de l'eczéma, il faut se représenter l'allergie comme une hypersensibilité de degré et d'intensité très variables.

Dernier caractère à signaler : certaines zones cutanées semblent prendre comme l'*habitude*, d'un certain type de réaction, et finissent par réagir de cette manière même sous l'influence d'excitations non spécifiques. D'où il faut conclure que, même dans ces dermatoses allergiques, le traitement local ne doit pas être négligé.

BELGODERE.

Cas atypique de Lichen Ruber Planus, par Giacomo SERRA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 2, février 1931. p. 68 (3 pages, Bibliographie).

Observation d'un garçon de 16 ans, qui présentait sur le prépuce des lésions papulo-érosives, et sur le scrotum des lésions papuleuses sèches, les unes et les autres d'aspect nettement syphiloïde. Mais à part que ce garçon était pédéraste passif et aurait pu avoir un chancre rectal ignoré, il n'y avait aucune confirmation clinique, bactériologique ou sérologique du diagnostic de syphilis. Mais l'aspect était tellement net qu'il fut soumis au traitement arsénobenzolique et on vit alors apparaître une éruption typique de lichen plan sur divers points de la surface cutanée et sur la muqueuse buccale.

Le traitement arsenical amena la cicatrisation des lésions érosives du prépuce, mais n'eut aucune action sur les lésions cutanées, puisqu'il les avait même provoquées, ainsi qu'on l'a déjà signalé.

S. fait remarquer que ce cas est *unique*. On a bien publié des cas de lésions érosives et suintantes de la peau dans le lichen plan, mais à la suite de lichen plan bulleux. Chez ce malade, il n'y avait pas eu

de bulles et l'on n'en relevait aucune trace. Il s'agissait donc de lésions de lichen plan *érosives d'emblée.* BELGODERE.

Acta Dermatologica (Kyoto).

Sur l'érythrodermie desquamative (Leiner) et sa pathogénie (Ueber Erythrodermia desquamativa (Leiner) besonders ihrer Pathogenese), par G. KATAYAMA. *Acta Dermatologica*, t. XVII, fasc. 3, 1931, p. 218 (D'après un résumé en allemand).

L'érythrodermie desquamative de Leiner frappe surtout les nourrissons ; les mères étant saines, et survient aussi bien dans les familles aisées que chez les pauvres. Une série d'auteurs en ont signalé des cas associés à la kératomalacie ou xérose. Tous ces cas sont survenus dans l'après-guerre, dans des conditions de mauvaise nourriture ; presque tous sont morts. Au Japon, on n'a rencontré aucun de ces cas graves et compliqués, et ces complications étaient peut-être secondaires. En tous cas, l'avitaminose n'explique pas l'érythrodermie desquamative (Leiner). Il n'y a ni troubles glandulaires, ni altérations sanguines, mais seulement de la diarrhée. L'hypothèse d'une infection, tuberculeuse ou non, ne convient pas. Les troubles cutanés sont parallèles aux troubles digestifs (diarrhée, vomissements). Il existe de l'anémie, de la leucocytose, mais point d'éosinophilie. Cela ressemble à une intoxication alimentaire ou par le calomel. K. pense que l'infection intestinale joue un grand rôle dans l'étiologie. CH. AUDRY.

Anales de la Facultad de Ciencias Medicas (Assomption).

Sarcopsyllose intense avec hyperkératose plane exfoliatrice plantaire (Sarcopsillosis intensa con hiperqueratosis plana exfoliatriz plantar), par G. DELAMARE et R. JIMENEZ GAONA. *Anales de la Facultad de Ciencias Medicas*, 4e année, n° 9, novembre 1928-juillet 1930, p. 47.

Une mendiante âgée est couverte d'une quantité considérable de chiques, les unes isolées, les autres groupées en plaques. Les chiques isolées occupent la face palmaire et dorsale des doigts et forment une bande continue sur le bord cubital des mains. Diverses plaques ont pour siège la partie postérieure des coudes, les épaules, la région interscapulaire, la région coccygienne et le sillon interfessier. On trouve d'autres éléments sur les genoux, sur la crête du tibia gauche, sur la face plantaire des pieds et l'extrémité libre des orteils, la face interne des pieds et les talons.

Les chiques récentes et encore vivantes peuvent être grossièrement assimilées à des pustulettes blanches légèrement opalescentes présentant en leur centre un point noir. Les éléments plus âgés, correspondant à des chiques mortes, se dessèchent en même temps qu'ils se rompent. La zone centrale s'étend, réalisant l'aspect d'une pustulette ombiliquée. La dessiccation terminée, les lésions apparaissent sous la forme de taches

complètement noires séparées de la peau saine par un sillon et un bourrelet circulaire.

A la périphérie des plaques noires et sèches répondant à des chiques mortes, on trouve parfois une bordure périphérique de chiques blanches répondant à une zone d'accroissement. Les lésions ne sont pas prurigineuses. Il n'y a pas de fièvre.

Le développement, presque invraisemblable en pareil cas, des chiques, s'explique très simplement par l'habitude qu'avait la malade de dormir sur le sable chaud.

Cette grande sarcopsyllose, maladie du sable chaud, s'oppose à la piédra du climat astérien (Langeron). Les deux affections mettent en relief les deux paradoxes du climat paraguaynien avec ses alternatives d'extrême sécheresse et de grande humidité.

Au point de vue dermatologique, le bourrelet hyperkératosique qui entoure les chiques desséchées est assez semblable à celui des syphilides hyperkératosiques plantaires planes.

J. Margarot.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

La syphilis et les maladies cutanées en Daghestan, par A. M. Lévine et P. S. Savinoff (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 1, janvier 1931, pp. 37-58, avec 3 photographies et 2 tableaux.

Durant 5 ans (1924-1929), 13 expéditions antivénériennes ont travaillé en Daghestan (Nord-Ouest du Caucase). Après avoir décrit les régions visitées, leurs populations et leurs mœurs, les auteurs résument les résultats de l'activité de ces expéditions. Dans 9 districts visités, les détachements ont travaillé dans 186 campagnes. Sur 45.045 personnes examinées, la syphilis a été décelée chez 5.449 sujets, donc 12,09 o/o en moyenne. En comparant ces données avec celles des autres républiques autonomes pour l'année 1929, on trouve que la moyenne de la syphilisation du Daghestan est bien inférieure à celle de la Bounato-Mongolie (42 o/o), mais aussi bien supérieure à celle du Kazakstan (5,78 o/o). Quant aux formes de la maladie, ce sont les formes secondaire, récente, récidivante et gommeuse qui prédominent. Le chancre dur est fréquent. Mais on trouve des formes malignes rares, étendues et destructives, avec mauvais état général, fièvre et cachexie. Le mode de propagation est le plus souvent extra-sexuel, puis vient le mode de transmission congénital. La contagion sexuelle est plus rare. La polymortalité infantile est très élevée. Les accouchements prématurés et les avortements spontanés le sont également, mais s'expliquent aussi par le surmenage physique de la femme indigène. La syphilis nerveuse n'a été observée qu'une seule fois, sous forme de tabès dorsalis. La roséole, la leucomélanodermie et l'alopécie en aires ont été vues très rarement. Le chancre mou n'a pas été observé. La blennorragie est très rare. Le traitement spécifique par le néo, mercure, bismuth et iode n'a pas tou-

jours pu être conduit jusqu'au bout à cause de l'éloignement des malades. Les accidents dus aux agents thérapeutiques ont été très peu nombreux.

Les maladies cutanées sont très répandues (12,5 o/o en moyenne), surtout les mycoses (favus et trichophyties), puis la gale, les pyodermies, ensuite l'eczéma, le psoriasis. Quelques cas de lèpre ont aussi été enregistrés chez des montagnards n'ayant jamais quitté la contrée. Le trachome n'est pas rare parmi la population. Il est intéressant de noter que le goitre est assez fréquent dans certaines régions. En moyenne, le pourcentage du goitre est de 5,3, il est presque exclusivement l'apanage des femmes, surtout de 20 à 40 ans. L'observation a établi le rapport de cette maladie avec l'emploi d'eau potable de certaines sources, les habitants se servant des autres sources ne sont pas porteurs de goitre. Cet état de choses déplorable s'explique par les mauvaises conditions de logement, la promiscuité, le manque de propreté et l'ignorance des règles hygiéniques les plus élémentaires. Les populations craignent et ont honte du médecin, confiant plus volontiers leur santé et leur vie même aux empiriques, aux sorciers et au clergé. Le peuple est le plus souvent illettré, obscur, superstitieux et ne s'adresse au médecin qu'en cas extrême, ce qui contribue à l'extension de la syphilis et autres maladies transmissibles.

Les auteurs proposent d'augmenter le nombre des hôpitaux, de policliniques et de détachements ambulants. Il faut dépister et traiter régulièrement les syphilitiques, les hospitalisant en cas de stade actif et contagieux. Les auteurs proposent même le traitement forcé, en cas de refus des malades de se faire soigner. Les populations doivent systématiquement être instruites non seulement au point de vue général, mais aussi et surtout au point de vue des règles sanitaires et hygiéniques à observer et à lutter contre leur inertie et la confiance aux sorciers. Ces mesures sont, d'ailleurs, déjà en voie de réalisation et intéressent peu à peu une grande partie de la république de Daghestan.

BERMANN.

Eugène BODIN

(1868-1931)

Notre collègue, collaborateur et ami, Eugène Bodin, vient de mourir à Rennes, à l'âge de 63 ans. Je voudrais dire en quelques mots ce que fut sa vie.

De bonne heure orphelin de père, il se trouvait le cadet d'une très nombreuse famille dont l'aïeule compte aujourd'hui près de 80 enfants en trois générations. Très promptement, il décida de faire une vie scientifique ; interne des Hôpitaux de Paris en 1892, il entra dans le service de Besnier en 1893-94, et fut l'un de ceux dont le vieux Maître fit un dermatologiste de carrière.

Bodin avait toutes les qualités de son pays : il était loyal et cordial, énergique et entêté. Il était nourri de la moelle de nos vieux auteurs, de notre bon Rabelais surtout dont il conserva le culte jusqu'à sa fin. C'était un optimiste convaincu, aimant la vie et le travail. En ce temps-là, H. Triboulet, E. Bodin et moi avions noué une de ces amitiés étroites que fait l'internat, amitié fraternelle qui a duré autant que leur vie, et dont le souvenir me suivra jusqu'à la fin de la mienne.

Bodin entra sur mes pas dans le service de Besnier. Le laboratoire Alibert travaillait alors dans une direction, la question des Mycoses cutanées ; Bodin prit en mains l'étude des Favus et, en quelques années, il se fit non seulement une compétence unique en la matière mais en outre un nom scientifique qu'on n'oubliera pas.

*

* *

L'étude des favus se trouva plus ardue que celle des Trichophyties, d'abord parce que l'Achorion banal fait l'immense majorité des cas qu'on rencontre, ensuite parce que la culture de l'Achorion de Schönlein étant glabre, ne montrait aucun organe de fructification capable de situer les Achorions dans la nomenclature encore rudimentaire des Mucédinées. En outre son inoculation aux animaux était difficile.

Cependant, Bodin rencontra bientôt l'Achorion de la Souris, à culture duveteuse blanche et crut pouvoir l'identifier à l'Achorion décrit antérieurement par Quincke. Tout porte à croire, au contraire, que cet

Achorion fut bien découvert par Bodin et non par Quincke. Quincke, lors des premières cultures faites des parasites mycosiques avait isolé deux moisissures différentes d'*un même cas* de favus. L'achorion issu du cuir chevelu était l'Achorion banal ; mais en partant d'un godet du bras, Quincke isola une seconde culture, un duvet blanc qu'il crut un autre Achorion. Or l'expérience nous montre que de toutes les lésions faviques d'un malade, c'est toujours le même parasite causal qu'on isole et qu'un même malade n'abrite jamais deux favus différents ; la moisissure blanche de Quincke était donc une moisissure d'impureté. Par scrupule toutefois, Bodin l'appela du nom d'*Achorion Quinckeanum* qu'il a gardé.

Plus tard, il devait découvrir un troisième Achorion dans un petit Kérion portant de minuscules godets faviques enchâssés. Ce fut l'*Achorion gypseum*, à cultures plâtreuses, couvertes d'innombrables fuseaux multiloculaires qui le rapprochent d'aussi près que possible des Microsporums animaux. Découverte très importante, dont la valeur n'est pas encore mesurée, car ou bien certains Microsporums animaux sont capables de créer des godets faviques dans leur vie parasitaire sur l'homme, et cela est pour détruire la barrière clinique établie depuis un siècle entre les favus et les teignes tondantes.... Ou bien certains Achorions, tous peut-être, font un groupe tout proche de celui des Microsporums animaux, à ce point que la confusion clinique et mycologique entre eux reste possible. Ce point ne sera éclairci que par l'étude taxinomique plus poussée des cultures du favus banal et par l'étude du mode d'envahissement du poil par l'*Achorion gypseum* dont on n'a pas encore bien établi la forme générique dans le poil humain, car les cas où on le rencontre sont rares.

On voit par ce résumé que la question des favus a reçu de Bodin une contribution considérable. Mais ce n'est pas tout.

Poursuivant ces études à Rennes, Bodin, le premier ou l'un des premiers, rencontra ces parasites spéciaux des Bovidés qu'on nomme aujourd'hui les Mégaspores, qui déterminent sur les bergers et convoyeurs de bestiaux, de larges kérions plats recouverts de minces croûtes impétigineuses. Là aussi, il découvrait un fait dont l'interprétation demeure obscure. En effet, ces parasites auteurs de lésions trichophytoïdes pouvaient bien être classés parmi les Achorions, car leur culture très lente ressemblait fort aux cultures du Favus banal, sans pouvoir être confondues avec elles.... Favus à lésions trichophytoïdes ou Trichophyties à cultures faviformes... ? Les deux opinions pouvaient être défendues et chacune a encore ses partisans. La question n'est pas jugée.

Ainsi Bodin a mis la main sur deux faits capitaux dans l'étude des mycoses humaines et animales, deux faits que les cliniciens et les mycologues ne peuvent ni écarter, ni méconnaître, et qui du point de vue doctrinal gardent encore un mystère.

*

* *

L'étude des favus ne pouvait être poursuivie exclusivement par un chercheur tel que Bodin. De même qu'il avait retrouvé sur la Souris l'Achorion à culture blanche duveteuse, devenu l'*Achorion Quinckeanum*, de même il retrouva sur le chien le *Microsporum lanosum* que j'avais rencontré chez l'enfant et mentionné dans une étude des Microsporum publiée par les *Annales de l'Institut Pasteur*, mais dont j'avais ignoré l'origine animale : *Microsporum lanosum* ou *caninum*. Bodin fut le premier à fournir de très belles photographies du chien malade. Enfin, il rencontra chez le Cheval un *Microsporum equinum* très remarquable aussi en ce fait que sa culture brune porte à peine quelques duvets blancs et demeure presque toujours glabre. Il la retrouva chez le cavalier ; et je crois que c'est l'unique Microsporum qui ait jamais été retrouvé dans une Mycose de la barbe. C'est un Microsporum fort rare, en nos pays du moins, et très proche du *Microsporum ferrugineum* d'Ota, retrouvé en Mandchourie.

*
* *

C'est Bodin également qui a le premier étudié les Fuseaux-navettes des Microsporums en culture et en a fourni les premiers dessins relevés à la chambre claire. Il a montré les hernies protoplasmiques qui leur donnent un aspect échinulé et reconnu l'artifice qui provoquait ces hernies protoplasmiques à travers l'écorce du fuseau. C'est lui encore qui a le premier dessiné les spores externes (conidies, ou aleuries) des trichophytons et établi leur mode d'articulation sur le filament aérien qui les supporte. Ces dessins restent encore d'une vérité si parfaite que beaucoup de dessins postérieurs en date n'ont pas atteint à leur perfection.

*
* *

La part de Bodin dans les études mycosiques de notre époque a donc été très importante et ne pourra pas être oubliée. La perfection de ses descriptions tant cliniques que mycologiques en a fait des modèles. On peut épiloguer sur leur interprétation, mais pas un des faits qu'il a avancés n'a pu être controuvé. Aucune théorie d'ailleurs en tous ses travaux ; rien que des faits vrais et bien observés, minutieusement reproduits et figurés.

A cela ne se borne pas l'œuvre scientifique de Bodin. Il a été le collaborateur de la *Pratique Dermatologique* dont il a fait les articles : Favus ; Microsporums ; Actinomycose ; Morve ; Érythèmes, et Xanthomes. Et sa collaboration nous était acquise pour un nouveau *Traité de Dermatologie* en préparation.

Le sens didactique dont tous ces articles témoignent est partout remarquable. L'esprit de Bodin était étonnamment clair et logique ;

il avait le don de l'enseignement. Il a fait d'ailleurs pendant trente ans, à Rennes, un cours de Bactériologie générale en 50 leçons qui était une merveille de précision et de simplicité. Nul plus que lui n'était l'ennemi du charabia scientifique, sa langue était le français de tout le monde et les questions les plus complexes étaient simples quand il les avait exposées. Ce don fit de sa chaire de Bactériologie à Rennes l'une de celles dont l'enseignement était le plus aimé et le plus suivi.

Mais il avait un autre centre d'enseignement, à l'hôpital, à l'Hôtel-Dieu, où il avait fondé un service de Dermato-Vénéréologie, inexistant avant lui. C'est là surtout que ses dons de professeur pouvaient se donner carrière. Il s'en servit si bien qu'il n'y a guère dans toute la Bretagne de jeune médecin qui ne se double d'un dermatologiste averti. Et par une juste réciprocité, il était devenu le médecin consultant de toute la Bretagne. Un grand vide suivra la disparition de Bodin, car il avait fait son rôle à sa taille, et il était devenu en cent occasions l'homme nécessaire.

Ainsi s'écoulèrent trente ans de sa vie de travail, et jusqu'à la fin il ne put consentir à la diminuer ; son dernier cours a fini aux dernières vacances, à Pâques. Et pour le moment, il était tout à la fondation d'un centre vénéréologique qu'il allait créer dans la région. La mort l'a surpris en pleine activité, en plein labeur. Il ne l'a pas vue venir ; elle est survenue brutale et ne l'a pas fait languir ; il s'est éteint sans douleur.

Sa vie familiale fut longtemps très douce ; il vécut trente ans heureux, près de la femme qu'il s'était choisie, et de ses enfants... La guerre survint... Ce fut une occasion pour lui de montrer d'autres qualités. Il conduisit jusqu'en Belgique son ambulance de campagne et la ramena par étapes forcées jusqu'à la Marne, sans perdre un instant la tranquille confiance qui tenait ses hommes dans l'action et le devoir. Ensuite, il fut mis à la tête d'un service de Dermato-Syphilis, et ne rentra dans son foyer qu'à la paix.

Avec les années qui suivirent survinrent les tristesses. Il eut le malheur de perdre sa femme après des années de doubles souffrances ; mais il eut la joie de voir le bonheur de ses enfants. Il avait donc accompli sa tâche et put s'endormir sans regrets, ayant fait de son mieux toujours, dans sa vie scientifique, dans sa vie domestique et dans sa carrière professionnelle ; ayant montré partout la lucidité de son esprit, la rectitude de son jugement et la profonde bonté de son cœur.

A sa mère vénérée qui lui survit, à ses enfants et petits-enfants, va toute notre respectueuse et affectueuse sympathie. Il s'y ajoute pour moi l'amertume d'une amitié fraternelle qui dura sans ombre plus de quarante ans et qui se brise aujourd'hui.

R. Sabouraud.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



Studio Choisy

Léon LORTAT-JACOB

(1873-1931)



NÉCROLOGIE

Léon LORTAT-JACOB

(1873-1931)

Nous devons à la bienveillance du rédacteur en chef des *Annales* l'honneur d'écrire cet article nécrologique : il savait quel fût notre attachement pour celui dont il nous demandait d'évoquer le souvenir. Il a pensé que notre affection trouverait son compte à écrire l'éloge du docteur Lortat-Jacob. Il ne s'est pas trompé et nous l'en remercions.

Pouvoir revivre pendant quelques instants les années passées auprès de lui dans son service de l'hôpital Saint-Louis, évoquer une collaboration qui a duré dix ans, lui apporter le témoignage de reconnaissance et d'affection de tous ses élèves, leur unanime regret, c'est là pour nous une satisfaction très haute qui n'a d'égale que celle d'avoir été jugés dignes de son amitié.

*
* *

Léon Lortat-Jacob naquit à Paris le 20 avril 1873, d'une famille appartenant à la vieille bourgeoisie parisienne. Il fit des études classiques chez les Oratoriens de Massillon et de Juilly. Petit-fils d'un médecin ayant exercé dans le quartier de la gare de l'Est et dont très souvent il louait le bon sens, neveu d'un médecin militaire qui fut médecin inspecteur de l'armée, Lortat-Jacob prend ses inscriptions à la Faculté de médecine. Externe des hôpitaux en 1895, il est nommé interne en 1898. Sa première année d'internat qui devait décider de son orientation médicale définitive se passa chez Tennesson. Auprès de ce grand clinicien, il prit goût à la dermatologie. Il gardait fidèlement le souvenir de son maître, le citait souvent dans ses leçons cliniques et rappelait ses travaux.

L'année suivante, il fut le premier interne du professeur Jeanselme qui, à cette époque, venait de prendre la direction d'un service de pédiatrie à l'hôpital Hérold ; il continuait auprès de cet éminent maître à s'instruire en dermatologie.

En troisième année d'internat, il est l'interne du professeur Déjerine qui lui enseigne la neurologie, spécialité pour laquelle il montra longtemps une grande prédilection et qui plus tard à l'hôpital Saint-Louis, va lui permettre, dans son service et à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques, de faire des leçons remarquables sur le tabès et la syphilis médullaire.

En quatrième année enfin, il est l'interne du professeur Landouzy, auprès de qui il acquiert de fortes connaissances en pathologie générale, en médecine sociale, en médecine préventive.

Docteur en médecine en 1903, il est chef de clinique adjoint la même année et chef de clinique titulaire du professeur Landouzy en 1904-1905. Médecin, des hôpitaux en 1913, il supplée à l'hôpital Saint-Antoine, M. Béclère dans le service duquel il commence ses recherches sur la cryothérapie. Mobilisé le 3 août 1914 à Fontainebleau, il est médecin-chef d'une ambulance qui est dirigée sur la Meuse. Dès le mois de novembre, on le charge d'organiser à Bar-le-Duc un centre de contagieux et, pendant plusieurs mois, il soigne de nombreux typhiques. En 1915, il est appelé à diriger le centre neurologique de la 13ᵉ région à Vichy. Il conserve ce poste jusqu'à la fin des hostilités où il fit preuve des plus grandes qualités d'organisateur et de clinicien, ce qui valut la rosette de la Légion d'Honneur. Démobilisé en 1918, il supplée pendant quelques temps Florand à l'hôpital Lariboisière. Nommé médecin titulaire, il prend à Bicêtre la direction d'un service de tuberculeux, le sanatorium Clemenceau.

En 1921, par suite du départ simultané de Brocq, Darier et Thibierge, trois places de médecins chefs de service se trouvent vacantes à l'hôpital Saint-Louis. Lortat-Jacob, se souvenant qu'il avait été l'externe de M. Queyrat, l'interne de Tennesson et du professeur Jeanselme, ayant déjà publié des travaux sur le traitement des dermatoses par la cryothérapie, se sent attiré vers la dermatologie et la syphiligraphie. Au mois de décembre 1921, il prend la direction du service de Thibierge : c'était le même service où 22 ans auparavant il avait été l'interne de Tennesson. A cette époque, les

services devaient être réorganisés par suite du nombre considérable de malades externes venant se faire traiter pour la syphilis. Malgré l'exiguïté des locaux, il organise une policlinique pour les maladies cutanées et un dispensaire antivénérien dont il donne la direction à ses élèves Roberti et Solente. Conjointement avec ses collègues de l'hôpital Saint-Louis et sous la haute autorité du professeur Jeanselme, puis du professeur Gougerot, il prend une part active à l'enseignement supérieur de la Clinique des maladies cutanées.

Membre de la Société de neurologie, auditeur au Conseil supérieur d'hygiène de France, membre de la Société de dermatologie, Lortat-Jacob, deux mois avant sa mort, avait été élu vice-président de cette dernière société.

*
* *

L'œuvre scientifique de Lortat-Jacob est des plus importantes. Ses travaux ont porté sur différentes branches de la médecine : le système nerveux, la thérapeutique physiologique, l'hygiène, la dermatologie et la syphiligraphie.

Ses travaux concernant le système nerveux ont été faits sous l'inspiration et la direction du professeur Déjerine.

Depuis son internat à la Salpêtrière en 1900, il avait été orienté vers l'importance considérable des radiculites. C'est à cette partie de la pathologie nerveuse qu'il a apporté particulièrement sa contribution. Ses travaux comprennent deux ordres de faits : 1° les radiculites au cours des affections diverses du système nerveux ; 2° les syndromes radiculaires dans les sciatiques. Ce dernier groupe lui a permis de réviser la question des sciatiques et a fait l'objet d'un très important ouvrage, *Les sciatiques et leurs traitements*, en collaboration avec G. Sabaréanu. Aux types classiques de sciatiques névralgies et de sciatiques névrites, on doit ajouter le type de la sciatique radiculaire. Avec le professeur Déjerine, il a montré le rôle capital de la syphilis dans les sciatiques radiculaires et a mis en valeur l'action très souvent bienfaisante du traitement spécifique. Il confirma également la notion capitale de l'étiologie tuberculeuse, et décrivit la sciatique diabétique, la sciatique blennorragique. De nombreuses communications à la Société de neurologie et des

articles dans la *Revue de Neurologie* sont encore à signaler, en collaboration avec le professeur Déjerine, avec André Thomas, Touche et Hauser, Sabaréanu : hémiplégie spinale gauche avec syndrome de Brown-Séquard, contribution à l'étude des paralysies psychiques, le trophœdème familial, l'hémorragie méningée au cours de la méningite tuberculeuse, l'atrophie musculaire myopathique et la maladie de Thomsen, le régime dechloruré dans l'épilepsie, le tétanos céphalique, l'atrophie myopathique du type Landouzy-Déjerine, etc... Dans le *Traité d'anatomie et de physiologie médicale de Landouzy-Bernard*, il écrivit les articles : Mœlle, Méninges, Sympathique, Nerfs crâniens, Nerfs périphériques. En 1928, en collaboration avec Poumeau-Delille, il faisait paraître un livre sur la syphilis médullaire.

Ses travaux sur la thérapeutique physiologique ont été accomplis avec la collaboration de M. Marcel Labbé et ont porté sur le rôle général de l'iode dans l'organisme. L'iode fait partie intégrante des tissus animaux : on voit qu'il a pu être retrouvé dans le sang à l'état normal et que sa présence dans les leucocytes a pu être démontrée. Les globules blancs sont les agents chargés de la répartition de l'iode dans l'économie et, comme Lortat-Jacob a pu le démontrer dans ses expériences, ces mêmes éléments cellulaires jouent un rôle important dans l'assimilation des substances qu'ils s'incorporent. Il a repris l'étude de l'iode et de son action physio-pathologique et a surtout cherché à fixer les points suivants : le mode d'absorption de l'iode introduit sous la peau et les séreuses, le mode de solubilisation et d'assimilation de l'iode; l'action de l'iode sur le sang, sur les séreuses, sur le tissu lymphoïde; les effets comparés des différentes solutions iodées, son action sur le poumon. Ces travaux ont fait l'objet de sa thèse inaugurale *L'iode et les moyens de défense de l'organisme* (1903).

Depuis cette époque, il a complété ses recherches par des travaux effectués dans le laboratoire du professeur Landouzy en collaboration avec M. Henri Labbé. Ces expériences ont porté sur la toxicité comparée des différents composés iodés et sur le coefficient d'accumulation de l'iode après injection sous-cutanée. Ses autres travaux dans le domaine de la thérapeutique comptent encore l'étude de l'action préventive du salicylate de soude contre l'érysipèle du lapin, sur l'intoxication théïque, l'action de la cholestérine sur la résistance globulaire, etc...

Lortat-Jacob fut aussi un hygiéniste. Il étudia les applications du froid à l'hygiène : conservation des greffes de tissu vivant, conservation des cadavres, préparation des vaccins, des sérums, réfrigération des locaux hospitaliers, etc., et toutes ses recherches l'amenèrent à étudier les applications du froid à la thérapeutique et les applications dermatologiques de la cryothérapie locale notamment par l'air liquide et l'acide carbonique neigeux qui furent l'objet de prédilection de ses recherches. C'est incontestablement à lui que revient le mérite d'avoir précisé les indications thérapeutiques de cette méthode et d'avoir rendu pratique son emploi grâce au cryocautère dont il est l'auteur, cryocautère à chargement direct avec détendeur central en toile métallique. Dans de nombreuses communications, dans de nombreux articles, Lortat-Jacob a précisé toutes les indications de la cryothérapie, particulièrement pour le traitement des angiomes, des verrues plantaires, des leucoplasies buccales, du lichen plan de la langue, du lupus érythémateux, du xanthélasma des paupières, des chéloïdes et des cicatrices chéloïdiennes, tout particulièrement dans le traitement des verrues séborrhéiques, de la séborrhée concrète, de la crasse sénile, des épithéliomas baso-cellulaires à leur début, dans le traitement de la lèpre où Lortat-Jacob venait confirmer les observations de Paldrock. Toutes ces recherches sont exposées dans un très beau livre édité par Masson et qu'il fit paraître, en collaboration avec Solente, en 1930.

Membre assidu de la Société de Dermatologie, Lortat-Jacob, en collaboration avec ses assistants et ses internes, y fit de nombreuses communications qui étaient toujours écoutées avec le plus grand intérêt. Nous ne pouvons citer que les principales. En collaboration avec Betoux, il montra les heureux effets du traitement des lupiques par l'antigène méthylique de Boquet et Nègre. Avec Mme Eyraud-Dechaux, il présente un cas de polynévrite radiocubitale consécutive à une thérapeutique arsenicale colloïdale et avec Haye une pigmentation arsenicale chez un tabétique avec disposition semblant affecter un territoire sympathique et radiculaire. Avec Fernet, il présenta un cas de parapsoriasis en gouttes avec leucodermie, premier cas signalé en France. Avec Roberti, il publie le premier cas d'érythrodermie bismuthique et le premier cas de bismutho-résistance et étudie les abcès bismuthiques profonds aseptiques après injection d'hydroxydes de bismuth. Il fait une

importante communication avec Solente sur les taches pigmentaires de la muqueuse buccale chez un sujet non addisonien et confirme, avec Legrain, les recherches de Milian sur les pigmentations de la muqueuse buccale d'origine syphilitique avec leucoplasie.

En 1926, il fait avec Legrain, de très intéressantes communications sur la mélanose de Riehl et la poïkilodermie atrophiante réticulée de la face et du cou. Avec Bidault, il préconise le traitement par le quinosol des épidermophities cutanées.

L'un des premiers, il montre les heureux effets du traitement bismuthique dans les lupus érythémateux, et signale avec Mornet les échecs du traitement tuberculinique dans l'érythro-cyanose symétrique sus-malléolaire. En 1928, il présente avec Mlle Brosse un très beau cas de glomus tumoral neuro-myo-artériel et avec Legrain un cas de sodoku.

Avec Roberti, il fait une étude des ictères parathérapeutiques et avec Solente il étudie l'association d'arséno-résistance et de négativité de Bordet-Wassermann au cours des syphilis récentes. En colboration avec Bureau, Flandrin, Poumeau-Delille, il présente deux cas de gangrène de la verge guérie par le vaccin de Weinberg. Avec Fernet et Bureau il étudie un cas d'atrophie cutanée avec sclérodermie, mélanodermie et concrétions calcaires et un cas de sclérodermie avec goitre et augmentation du métabolisme basal.

Dans les derniers mois, il faisait encore avec Garnier une communication importante sur la nécessité des hautes doses d'iodure de potassium pour guérir l'actinomycose de la face ; avec Fernet, il présentait un cas de leishmaniose guéri par le stibial et communiquait avec Legrain plusieurs cas d'érythrodermie aurique et un cas de lichen plan buccal chez un malade atteint de lupus érythémateux traité par la chrysalbine.

Fermement convaincu de l'importance des troubles humoraux dans l'étude des dermatoses, Lortat-Jacob fit aux différents congrès de dermatologie des communications importantes que nous devons encore signaler ici.

C'est ainsi qu'au Congrès de Strasbourg, il fit avec Legrain une étude sur les méthodes protéinothérapiques, en particulier l'autohémothérapie et les injections sous-cutanées de lait en dermatologie, sur le métabolisme basal en dermatologie et sur les affections cutanées qui peuvent reconnaître comme mécanisme pathogénique le choc, les dermanaphylatroses (τρῶσις, action de blesser).

Au Congrès de Bruxelles, il prend une part importante à la discussion sur le rapport Herpès et Zona ; il fait avec Roberti une communication sur les échecs du traitement de la syphilis à la période présérologique et communique un intéressant travail sur la syphilis parenchymateuse du névraxe. Il fut chargé au dernier Congrès de Paris de faire un rapport sur l'érythème polymorphe. Il sut remarquablement mettre au point cette question si discutée. « Nous pûmes tous apprécier, a dit M. Ravaut, en prononçant son éloge à la Société de Dermatologie, les grandes qualités de pondération, de bon sens, de critique que lui avaient données ses études antérieures de médecine générale ».

Telle est l'œuvre de Lortat-Jacob dont nous n'avons pu donner qu'un aperçu rapide mais qui, cependant, nous l'espérons, montre la somme de travail considérable que, malgré une santé très précaire, il a pu fournir. On peut être étonné de la diversité de ses objets d'étude : témoigne-t-elle seulement de sa constante activité intellectuelle et aussi de son aversion pour toute façon étroite de comprendre notre profession ? Cela est vrai, mais sans aucun doute il y a plus et c'est la dermatologie, si intimement liée à la pathologie générale qui devait apporter une unité à tous ces efforts. Ses travaux sur le froid l'amènent à l'étude complète de la cryothérapie. Hygiéniste, il s'intéresse tout particulièrement aux dermites artificielles de cause externe ou interne et insiste sur les méfaits des applications irritantes et des dépuratifs. De ses études sur l'iode, il retire la notion de l'histotropisme médicamenteux, notion féconde et qu'il devait appliquer si heureusement à l'interprétation des résultats obtenus par la thérapeutique arsenicale sur le tabès douloureux. Neurologiste et ayant passé une partie de sa vie à suivre les méfaits ultimes de la syphilis sur le système nerveux, il insistait parfois sur l'intérêt qu'il avait trouvé en venant à Saint-Louis à remonter pour ainsi dire à la source, à assister aux débuts de l'infection, aux phases dans lesquelles le traitement spécifique garde toute son activité. Armé enfin pour trancher les questions difficiles de diagnostic dont la syphilis nerveuse offre tant d'occasions, il devait aussi interpréter d'une façon claire la genèse des troubles survenus. C'est en somme dans la dermato-syphiligraphie que les connaissances et les aptitudes si variées de Lortat-Jacob ont trouvé leur expression la plus large et la plus complète.

*
* *

Mais ce ne sont pas seulement ses recherches scientifiques qui feront survivre Lortat-Jacob parmi nous : nous verrons toujours en lui une figure d'honnête homme, loyal et bon, probe, d'une tenue morale parfaite. Insistons surtout sur la courtoisie, l'aménité dont il ne se départissait jamais, pas même dans les circonstances trop nombreuses de sa vie où une certaine nervosité eût été bien excusable. Cette courtoisie, aussi éloignée de la froideur que de la familiarité, lui attirait la sympathie et le respect d'une façon naturelle. Ceci n'empêchait pas ses élèves de pouvoir discuter avec lui en toute liberté telle ou telle question scientifique ou pratique et Lortat-Jacob était constamment et immédiatement accessible à tout ce qui lui paraissait juste ou vrai sans qu'aucune considération personnelle l'arrêtât. C'est aussi par des conseils, conseils pratiques où s'alliaient la finesse de son jugement et sa connaissance profonde de la vie, conseils moraux où la foi robuste qui l'animait contribuait sans doute à lui inspirer les paroles utiles, qu'il rendait service à ses élèves. Mais c'est surtout en présence de ses malades que les qualités de Lortat-Jacob trouvaient leur expression complète. Son examen, sans se laisser égarer par tel ou tel détail, dégageait le fait saillant qu'un souci trop exclusif de la spécialité eut laissé dans l'ombre. Réprouvant toute thérapeutique téméraire, très sceptique sur les thérapeutiques nouvelles insuffisamment étudiées, il cherchait avant tout le bien de ses malades et pour ceux d'entre eux que troublait outre mesure leur situation pathologique ou ses répercussions, il savait par quelques mots discrets faire renaître chez eux le calme et la confiance.

Souffrant depuis longtemps d'asthme qui, par ses complications, l'obligeait trop souvent à interrompre son service d'hôpital, ce qui lui causait une peine profonde, il a succombé à de pénibles accidents cardiaques; il eut jusqu'au dernier jour le courage de dissimuler aux siens ses inquiétudes. Ayant prévu depuis longtemps le danger fatal, il s'est éteint calmement avec la conscience tranquille que donne une vie toute entière de bonté et de dévouement. Lortat-Jacob est mort modestement comme il avait vécu ; il n'a même pas voulu qu'on envoyât d'invitations pour ses obsèques. Seuls ses amis intimes, ses maîtres, ses collègues de Saint-Louis, ses collaborateurs, ses élèves, le personnel de son service étaient présents pour apporter à Mme Lortat-Jacob, à ses enfants, à ses deux fils,

nos jeunes collègues, à son gendre, le docteur Hallez, le témoignage de leur affliction.

Lortat-Jacob aurait refusé de longs éloges : nous pouvons dire simplement qu'il était du nombre des hommes rares dont on aurait, même en étant sincère, que du bien à dire. Il a certes pu, en mourant, répéter cette parole que Pasteur propose comme le suprême témoignage d'une vie laborieuse et dévouée : « J'ai fait ce que j'ai pu ». Et nous, témoins de sa vie, nous pouvons ajouter qu'il l'a très bien fait.

P. FERNET et P. LEGRAIN.

TRAVAUX ORIGINAUX

STREPTOCOQUE ET ENTÉROCOQUE DANS LES PARAKÉRATOSES

Par LORTAT-JACOB et BIDAULT.

I

L'étude du rôle du streptocoque dans les affections cutanées qu'on groupe sous le nom de parakératoses, englobant les eczématides psoriasiformes ou parakératoses psoriasiformes de Brocq et les eczématides à type pityriasis rosé de Gibert, est devenue aujourd'hui d'actualité.

Sans entrer dans le débat qui paraît loin d'être clos, sur l'importance réciproque du microbe et de sa toxine dans la pathogénie de ces parakératoses, nous voulons rapporter ici les premiers résultats de recherches entreprises à un point de vue plus particulièrement microbien.

A la suite de Sabouraud, on s'est d'abord attaché à la mise en évidence du streptocoque dans les lésions, tâche incomplète et qui pouvait sembler parfois un peu oiseuse quand il s'agit d'un microbe doué d'une aussi grande ubiquité ; puis, avec Ravaut, on a voulu faire plus que des constatations, en cherchant à établir son rôle étiologique au moyen de réactions allergiques.

Abordant une autre face de la question et qui a probablement son importance, nous avons voulu voir si les souches de streptocoques isolées des lésions parakératosiques se distinguaient par quelques qualités spéciales et en particulier comment elles répondaient à l'épreuve de l'inoculation chez l'animal de laboratoire.

Sans doute, pas plus pour les streptocoques que pour d'autres microbes, la virulence vis-à-vis de l'animal ne peut servir de mesure à leur virulence humaine, cependant cette recherche nous a semblé offrir de l'intérêt même à un autre point de vue que celui de pure pathologie générale. Dans les maladies cutanées, la preuve micro-

bienne de causalité est souvent difficile à administrer. La réaction d'allergie, si nécessaire qu'elle soit, ne suffit pas à établir que le malade est sûrement sensibilisé par le microbe qu'on a retiré des lésions de la peau et peut donner lieu parfois à des indications discordantes.

Laissant de côté pour le moment l'étude biochimique de nos échantillons microbiens, qui n'est pas d'ailleurs terminée, nous ne rapporterons dans cet article que les résultats de nos inoculations expérimentales. Nous avons confronté ceux-ci avec la recherche du pouvoir hémolysant et le résultat des intradermos faites sur les malades avec leur propre streptocoque. Un point qui mérite l'attention, c'est celui des associations du streptocoque avec d'autres microbes de la peau et en particulier avec les levures. Il est possible que ces germes de symbiose aient une influence sur l'activité pathogène du streptocoque.

Nous nous sommes adressés aux seuls lapin et souris, particulièrement sensibles comme on le sait au streptocoque. Dans le but de faciliter les comparaisons, il n'a été pratiqué que des inoculations sous-cutanées en utilisant autant que possible le microbe d'isolement ou, à défaut, celui du premier repiquage. Nous nous servions de cultures en bouillon de 48 heures, à la dose de 1 centimètre cube pour le lapin et de 1 quart de centimètre cube pour la souris. Disons tout de suite, comme on devait s'y attendre, qu'il n'y a pas eu parallélisme régulier dans les effets des inoculations chez ces deux animaux.

De 45 cas choisis parmi les malades présentant des parakératoses diverses, savoir :

Catégorie *a*) 12 parakératoses diffuses, liées à un intertrigo préexistant, le plus souvent rétro-auriculaire ;

Catégorie *b*) 12 parakératoses diffuses ou en plaques dont la majorité à type pityriasis rosé de Gibert ;

Catégorie *c*) 10 eczématides localisées répondant aux eczématides dites séborrhéiques ;

Catégorie *d*) 4 cas mixtes plus eczématoïdes.

Nous avons isolé :

Catégorie *a*) 6 streptocoques (isolés à la fois des intertrigos et des parakératoses d'extension) ;

Catégorie *b*) 3 streptocoques (isolés à la fois des intertrigos et des parakératoses d'extension) ;

Catégorie *c*) 3 streptocoques (isolés à la fois des intertrigos et des parakératoses d'extension) ;

Catégorie *d*) 1 streptocoque (isolé à la fois des intertrigos et des parakératoses d'extension).

Sur les 6 streptocoques de la catégorie *a*, l'un retiré d'une parakératose à forme nettement psoriasiforme, à point de départ inguinal et de marche envahissante, était très nettement virulent, provoquant un large œdème chaud suivi d'abcès dans l'oreille du lapin et tuant la souris par septicémie en trois jours. Nous reviendrons plus loin sur ce streptocoque que des caractères spéciaux rapprochent des entérocoques. Deux autres microbes, isolés de cas cliniques analogues, avaient une virulence un peu moins marquée, c'est-à-dire qu'ils produisaient dans l'oreille du lapin un érysipèle phlegmoneux moins étendu et ne tuaient pas la souris. Enfin un échantillon de faible virulence produisait seulement un œdème fugace chez le lapin et pas de troubles appréciables chez la souris.

Ce sont les seuls streptocoques qui aient montré une virulence réelle chez nos animaux d'expérience ; dans les catégories *b*, *c*, *d*, les effets des inoculations ont été nuls. Il est à remarquer que les lésions qui nous ont fourni des souches pathogènes présentaient une marche extensive. Y a-t-il là plus qu'une coïncidence ? Evitons de généraliser, surtout en pareille matière. Voici d'ailleurs au moins une exception :

Un malade fait successivement et dans un laps de temps assez court, à la suite d'une perlèche, un eczéma nummulaire et une dysidrose rapidement squameuse des doigts d'une main ; nous retirons de ces différentes lésions un streptocoque complètement avirulent pour l'animal.

Notre statistique n'est pas assez importante pour qu'on puisse parler de pourcentages, cependant il semble bien que les streptocoques des parakératoses sont assez rarement virulents. Dans les lésions épidermiques plus aiguës, à l'exemple de l'impétigo de Tilbury-Fox, il se peut que les cas où les échantillons isolés sont pathogènes, soient un peu plus fréquents. Pour notre part, dans trois eczémas nummulaires à la période humide nous avons trouvé à deux reprises des streptocoques sans virulence et une fois un microbe pathogène seulement pour la souris. Achille Urbain nous a dit avoir isolé dans un cas semblable un streptocoque capable

de tuer le lapin par voie veineuse à la dose minime de un dix-millième de centimètre cube et même le cobaye par voie sous-cutanée à la dose de 1 centimètre cube.

Il est permis de supposer que les autres streptocoques des lésions parakératosiques, maintenant dépourvus de toute activité pathogène pour l'animal, ont pu passer précédemment par une phase de virulence.

Un fait qui nous a paru digne d'être rapporté est celui de la conservation à longue échéance de la virulence du streptocoque de notre malade Eps...

Celui-ci guéri apparemment de ses lésions de parakératose généralisée vers la fin du mois de juin, se présente à nouveau à la consultation, 5 mois après, montrant seulement sur le fourreau une petite plaque d'eczéma presque sèche, lésion très différente cliniquement de la parakératose originelle. Nous en isolons à nouveau le même streptocoque qui cette fois tue le lapin par septicémie à la suite d'une simple inoculation sous-cutanée de 1 centimètre cube de culture en bouillon et la souris à la dose de 1/5e de centimètre cube. Avec 5/100e de centimètre cube, on provoque encore chez le lapin un œdème chaud et sensible. On voit que la virulence de ce streptocoque s'est même exaltée. Il faut noter que chez le malade porteur de germes, l'affection remontait à trois ans environ. Ajoutons qu'en novembre, comme précédemment en juin, la déviation du complément donnait deux réponses positives.

Pouvoir hémolytique.

La virulence des streptocoques isolés s'accompagne-t-elle de production d'hémolysine ? Nous avons vérifié à propos des parakératoses ce qu'on sait des streptocoques causes d'affections plus graves, à savoir qu'il y a souvent coïncidence entre un pouvoir hémolytique plus ou moins prononcé et la virulence mais que des faits discordants peuvent être relevés. Deux de nos streptocoques complètement avirulents étaient nettement hémolytiques.

Réactions allergiques.

Nous avons essayé de provoquer des réactions allergiques grâce à des intradermos effectuées, non pas à l'aide de filtrats dont la sensibilité pourrait être discutée, non plus avec des vaccins-stocks auxquels on peut faire des reproches analogues, mais nous nous sommes adressés aux corps microbiens venant du malade, tués par chauffage à 65°-70° et mis en suspension au 1/1000e dans l'eau physiologique. Seuls, nos échantillons virulents pour l'animal ont donné des intradermo-réactions positives. Mais naturellement, il n'y a pas eu de rapport encore entre l'intensité de ces réactions et celle de la virulence. Une réaction a été fortement positive : chez Mme Par... qui avait présenté à la suite d'un intertrigo digital des pieds, une éruption pityriasiforme développée en moins de 48 heures, il s'est produit une grosse papulo-vésicule entourée d'une zone érythémateuse, accompagnée d'un léger état fébrile. Au point d'inoculation, des traces maculeuses étaient encore visibles 15 jours après. Le streptocoque qui avait fourni l'antigène n'était cependant qu'assez peu virulent pour le lapin (érysipèle durant quelques jours seulement) et inoffensif pour la souris.

Cette courte étude sur la virulence du streptocoque des parakératoses ne saurait comporter de conclusion ; de nouvelles recherches sont nécessaires et pourront peut-être mieux préciser le rôle qui revient au microbe dans ces affections et dire s'il n'existe vraiment pas de lien entre les deux virulences humaine et animale. Le problème au point de vue de la microbiologie est moins simple qu'on pourrait peut-être le croire au premier abord. Ainsi d'un malade qui ne rentre pas dans nos statistiques, chez qui on notait une fausse teigne amiantacée, un intertrigo rétro-auriculaire et des eczématides pityriasiformes de la poitrine et du dos, on n'isole pas moins de trois streptocoques légèrement différents au point de vue biochimique. L'un était virulent pour le lapin et la souris sans être hémolytique, un autre, faiblement hémolytique, ne possédait aucune virulence et le troisième se montrait dénué à la fois de ces deux propriétés.

Des intradermo-réactions, d'interprétation douteuse, faites à l'aide de ces divers échantillons n'ont pu — et d'ailleurs on pouvait le concevoir *a priori* — apporter secours pour établir la priorité de l'un d'eux.

II

Les recherches bactériologiques entreprises au sujet des parakératoses nous ont montré qu'on isole parfois des streptocoques offrant d'assez grandes particularités dans les cultures. Ils présentent des caractères qu'on attribue généralement à l'entérocoque.

On sait qu'à part le type défini par Thiercelin, qu'on isole très rarement, les microbes rangés sous ce vocable et qui paraissent fréquents dans les entérites de l'enfant, forment un groupe passablement hétérogène qu'on a tenté de rapprocher du streptocoque *fœcalis*. On y classe des échantillons s'éloignant plus ou moins du streptocoque ou du pneumocoque, mais dont il est parfois assez facile d'établir la filiation. L'on peut se demander, en ce qui concerne les entérocoques de la peau, si ces microbes ne seraient pas simplement des streptocoques aberrants.

M. et Mme Montlaur ont récemment (1) isolé chez des enfants atteints d'eczémas des plis, compliqués d'eczématides, un microbe qu'ils rapportent, eux aussi, à l'entérocoque et non au streptocoque. C'est à cet entérocoque de la peau qu'ils attribuent un rôle déterminant dans la pathogénie de cette affection des nourrissons, rôle affirmé à la fois par des intradermo-réactions assez souvent positives alors qu'elles sont constamment négatives quand on les pratique avec un antigène streptococcique et surtout par l'action thérapeutique nettement favorable qui résulte de l'emploi chez les petits malades d'un vaccin préparé avec l'entérocoque.

L'origine intestinale de ces entérococcies cutanées est vraisemblable.

Dans les 45 cas de parakératoses dont il était parlé plus haut, il faut compter 6 cas dans lesquels nous avons isolé un entérocoque et peut-être 7 si on y ajoute le streptocoque de passage du malade Eps... On voit que la proportion de ces entérocoques atteint environ la moitié du nombre des streptocoques. Il n'y a pas de doute que dans les statistiques des auteurs, des microbes en chaînettes, répondant plutôt au caractère des entérocoques ont été comptés comme des streptocoques.

(1) Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». *Congrès de Dermatologie de Copenhague.*

Les entérocoques que nous avons mis en évidence dans les parakératoses ont été isolés 4 fois dans des lésions compliquant des eczémas interdigités des pieds ou des mains et deux fois dans des parakératoses sans lien avec des intertrigos préexistants ; dans un cas (Mme Par...) les deux germes streptocoque et entérocoque coexistaient dans les mêmes lésions et dans un autre (Dr B...) l'entérocoque était associé en différents points à une levure (*monilia*).

Nos entérocoques se caractérisent ainsi :

Cultures beaucoup plus faciles que pour le streptocoque dans les milieux usuels, donnant notamment l'aspect spécial bien connu dans le bouillon, repiquages aisés, même après plusieurs semaines ; résistance à la chaleur (nos échantillons maintenus à 60° pendant 10 minutes restent vivants alors que nos souches de streptocoques sont tuées), insolubilité dans la bile (différence avec le pneumocoque), développement dans le milieu glucosé et bilié de Weissenbach, à l'encontre du streptocoque.

Ces divers entérocoques sont plus ou moins thermophiles (une surtout, la souche Dr B...) poussant bien à la température de 55°, particularité assez fréquente chez les germes saprophytes ; leur action peu marquée sur les sucres est moins caractéristique et les éloigne du streptocoque fœcalis : ils donnent peu ou point de gaz, rougissant les milieux à base de glucose, de galactose, de lévulose, de saccharose, de maltose, de mannite, et de dulcite ; la souche Dr B... bleuit nettement les milieux lactosés et saccharosés, légèrement la dulcite ; la souche Lau... rougit faiblement la dulcite.

Aucun échantillon ne modifie l'inuline, la raffinose et n'attaque l'urée.

Ces propriétés biochimiques peu importantes par elles-mêmes n'apportent pas d'argument digne d'être retenu pour séparer ces entérocoques du groupe des streptocoques. Il est à remarquer que contrairement au streptocoque pyogène, nos échantillons d'entérocoque secrétent des diatases bien peu actives. Ils ne liquéfient pas la gélatine et ne donnent pas d'indol ; mais ils coagulent le lait. Nous avons dit que le streptocoque provenant du malade Eps... avait des affinités avec le groupe des entérocoques ; il participe en effet à leur résistance à la chaleur et comme eux, il se développe dans les milieux de Weissenbach, d'autre part, dans le bouillon ordinaire, ce microbe pousse un peu moins bien et ses cultures y

ressemblent plutôt à celles d'un streptocoque, les milieux gélatinés lui sont quasi un peu moins favorables, etc... A la vérité, l'étude de ce microbe montre combien la barrière qui sépare streptocoques et entérocoques est fragile.

Virulence et pouvoir hémolytique.

A part un échantillon provenant d'une parakératose qui compliquait un intertrigo et qui a donné chez le lapin au point d'inoculation un peu d'œdème persistant mais peu inflammatoire, nos souches se sont montrées dépourvues de virulence.

Aucune n'était hémolytique.

Les intradermo-réactions effectuées à l'aide d'un antigène préparé en partant de l'entérocoque du malade n'ont fourni que des résultats négatifs, sauf en ce qui concerne Mme Par... chez qui l'intradermo a donné lieu à une papule rougeâtre persistant pendant quelques jours. Mais cette malade avait précédemment réagi d'une façon violente à l'inoculation d'un antigène streptococcique on peut se demander si la réaction nette mais beaucoup moins intense obtenue avec son entérocoque était vraiment spécifique.

On voit en somme à propos des parakératoses qu'une nouvelle difficulté d'ordre microbien surgit, celle de la véritable identité du streptocoque isolé. Si vraiment il était prouvé d'une façon irréfutable que l'entérocoque est autre chose qu'un streptocoque modifié par la peau — peut-être après passage par une phase infra-microbienne — il resterait à définir le rôle de cet entérocoque dans les parakératoses de l'adulte.

Les quelques recherches qu'on vient d'exposer et ce qu'on sait du microbe portent à croire qu'il doit être exceptionnellement pathogène (1).

(1) Les recherches d'Hauduroy, de Lesbre ont montré que les streptocoques issus de formes filtrantes perdaient leur propriété toxigène et hémolytique, devenaient plus résistants à la chaleur et acquéraient une grande végétabilité au point qu'on pouvait les repiquer facilement après trois mois.

UN CAS DE BLASTOMYCOSE CUTANÉE A FOYERS MULTIPLES

Par M. G. HUFSCHMITT
avec la collaboration de : A. et R. SARTORY et J. MEYER
du Laboratoire de Bactériologie et de Cryptogamie
de la Faculté de Pharmacie de Strasbourg.

Pour qu'on soit en droit d'affirmer la nature mycosique de lésions cutanées polymorphes, mais dont certaines se présentent comme hautement tuberculoïdes par leur aspect et leur structure, il nous semble nécessaire que les conditions suivantes se trouvent réunies :

1) Présence de l'élément supposé pathogène dans des foyers ayant toujours été fermés, sans risque de contamination par l'extérieur à quelque époque de la maladie que ce soit. Cette condition essentielle n'est pourtant pas encore suffisante en elle-même : le saprophytisme végétal ou animal peut s'exercer dans des organismes apparemment sains ou malades sans que cette existence soit une explication étiologique : les mycéliums découverts par San Felice dans des tumeurs cancéreuses viscérales en sont un exemple et par ailleurs la querelle des splénomégalies aspergillaires n'est pas encore liquidée.

2) Les propriétés pathogènes du parasite doivent être démontrées par son inoculation à un animal sensible.

3) Et si nous supposons maintenant prouvée la faculté pathogène du champignon, il nous faut encore éliminer les facteurs étiologiques qui pourraient constituer une dermatose de fond primitive (tuberculose, syphilis, lèpre, leishmaniose etc...), le champignon n'intervenant dans ces circonstances qu'en qualité de facteur symbiotique compliquant une lésion préexistante. En ce qui concerne la lèpre et les dermatoses à *Leishmania* leur interven-

tion possible s'élimine d'elle-même par l'absence de contamination et des parasites envisagés. La syphilis est écartée par l'absence d'antécédents, de stigmates, de signes sérologiques et par l'influence nulle d'un traitement d'épreuve. Reste le rôle possible du bacille ou plutôt des virus tuberculeux. Mais différents points concordants : absence de bacilles de Koch dans les coupes et dans le pus des abcès, absence de tuberculisation du cobaye par l'injection de pus ou l'insertion de fragments de tissus permettent d'écarter complètement une intervention de la tuberculose dans les lésions étudiées.

Ces réserves faites et avant d'exposer la façon dont les différentes épreuves ont été conduites, nous avons été amenés à penser que les cas de ce genre ne doivent pas être aussi exceptionnels qu'il le paraîtrait à un premier examen. Nous sommes persuadés que l'étiologie mycosique doit concerner un certain nombre de dermatoses tuberculoïdes atypiques dont le principe causal n'est pas établi faute d'y songer et faute aussi de moyens d'étude nécessaires pour l'établir.

Et maintenant que nous avons exprimé notre opinion personnelle sur la valeur d'un diagnostic de cette espèce, il nous a paru bon, au préalable, de vérifier si cette opinion était toujours conforme à celle des différents auteurs qui ont plus spécialement approfondi cette question.

Pour qu'il soit permis d'affirmer la nature blastomycosique d'une lésion cutanée il est nécessaire selon Caraven (1) que l'observation clinique et le laboratoire confirment les faits suivants : absence d'adénopathie jusqu'au stade tardif de généralisation pyohémique ; en outre il est indispensable de pratiquer des examens directs et culturaux des prélèvements et d'effectuer la biopsie des bords de l'ulcère. On trouve alors par la méthode de Gram des levures à l'état de repos ou bourgeonnantes, colorées en violet foncé et des formations gigantocellulaires.

Tout récemment Boehm (2) a posé les conditions suivantes relatives à un diagnostic précis concernant les *Blastomycoses*.

1) Démonstration microscopique de la présence de levures dans les frottis de pus.

2) Démonstration culturale de la présence de ces levures dans

les couches superficielles et plus profondes à partir des tissus lésés.

3) Présence d'abcès miliaires dans les coupes histologiques.

4) Structure tuberculoïde des coupes histologiques qui est, d'après tous les auteurs, caractéristique de la blastomycose.

5) Evolution et manifestations cliniques de la maladie et réaction vis-à-vis des agents thérapeutiques.

En ce qui concerne ce dernier point Langeron (3) fait ressortir qu'il s'agit presque toujours de dermatites simulant la syphilis, la tuberculose, la leishmaniose auxquelles affections Boehm ajoute encore la lèpre. Ces lésions débutent par des abcès miliaires, puis s'étendent peu à peu et finissent par former des placards verruqueux extensifs ; sur les plans profonds apparaissent des nodules et des abcès sous-cutanés qui finissent généralement par s'ulcérer. Cette description correspond bien au cas que nous relatons plus loin.

Quant au schéma histologique des prélèvements blastomycosiques il faut insister sur la prolifération active de l'épithélium : les cellules proliférées peuvent dégénérer, mais d'autre part elles peuvent aussi revêtir l'aspect d'abcès perlés. Il y a présence d'abcès miliaires non seulement dans l'épithélium proliféré, mais aussi dans la peau même. On constate aussi des infiltrations lymphoïdes et épithélioïdes de cellules géantes ou plasmatiques. On assiste même à la formation de tubercules classiques renfermant des cellules géantes ; la présence de *Blastomycètes* peut être très rare et décelable seulement après des recherches laborieuses.

Pour ce qui est de l'action pathogène expérimentale, il convient d'après les travaux de Chatenewer (4) de ne pas leur attribuer une importance trop grande, car souvent il s'agit d'une virulence spécifique seulement à l'une ou l'autre espèce d'animaux. A ce point de vue nous mentionnerons les expériences de Lydia Rabinovitch (5) d'un côté, de Peckham (6) de l'autre. Toujours est-il que généralement la souris semble être l'animal le plus sensible et le plus idoine aux expérimentations de cette espèce. Vu la marche de la maladie expérimentale conférée, on note très rarement la présence de lésions, mais l'hémoculture donne, dans la plupart des cas des résultats décisifs.

Nos vues critiques concordent bien dans l'ensemble et à quelques points de détail près avec celles des auteurs susmentionnés, qui se

sont occupés spécialement des blastomycoses humaines. D'ailleurs le lecteur qui s'intéresserait particulièrement à cette question pourrait consulter avec fruit le magistral exposé qu'en ont fait Buschke et Joseph dans le *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen* (7).

Si maintenant nous envisageons la question du point de vue chronologique, chapitre assez touffu de la Parasitologie, il convient de remarquer que les premières investigations, ayant démontré un parasitisme habituel des levures dans un organisme animal, ont été faites par Remak et Robin (8) qui ont mis en évidence l'existence normale du *Cryptococcus guttulatus* dans l'estomac et l'intestin du lapin. Quelques années auparavant, cependant, Hannover (9) avait découvert des levures dans l'urine des diabétiques. Claude Bernard (10) au cours de ses recherches sur la fermentation, injectait à des animaux de la levure de bière et a ainsi effectué les premières inoculations expérimentales. Dans les quelques dizaines d'années qui suivirent, plusieurs auteurs (Popoff (11), Grohe (12), Roussy etc..) ont démontré l'action pathogène des levures sur les Mammifères. Rivolta (13) constata pour la première fois une maladie infectieuse levurienne chez le cheval (*pseudomorve*). Entre temps Metchnikoff (14), Weissmann (15) etc... remarquèrent le parasitisme causé par des *Saccharomycétacées* chez des animaux inférieurs. En 1891 Wernicke (16) à qui revient l'honneur d'avoir d'observé pour la première fois cette affection mycosique chez l'homme, la dénommait : *maladie protozoïque de la peau*. La première relation bien observée de levures pathogènes chez l'homme a été faite en 1893 par Achalme et Troisier (17). Cependant avec Raum (18), Neumayer (19) et d'autres, l'action nocive de ces parasites sur les tissus restait encore fort discutée. La signification précise de l'importance des levures dans la pathologie humaine s'appuie d'une façon décisive sur les études fondamentales de Busse, Buschke (20) en Europe et de Gilchrist, Rixford (21) en Amérique. Citons encore Tokishige (22) et San Felice (23), Curtiss (24) et Vuillemin (25) qui ont contribué pour une large part à la solution de ces problèmes très discutés.

En 1906 Hudelo, Duval et Laederich (26) décrivent un cas de blastomycose à foyers multiples, observé et étudié très minutieusement et que nous tenons à résumer plus particulièrement. La

malade présentait plusieurs nodules à la face interne de la jambe gauche, au visage, à l'hypogastre et au niveau du cuir chevelu; toutes ces lésions étaient complètement indolores; aucune d'elles n'a retenti sur le système lymphatique; on ne trouve nulle part la moindre adénopathie. Le diagnostic reste hésitant entre tuberculose et syphilis de telle sorte que les auteurs sont amenés à faire une biopsie : celle-ci démontre un tissu de nouvelle formation constitué par le derme et l'hypoderme et résultant de la prolifération des cellules et de la réaction de l'organisme : tissu à cellules géantes, singularisé par son extrême vacuolisation. La présence de la levure dans le tissu conjonctif a été démontrée et la culture a mis en évidence une levure se multipliant par bourgeonnement; ce sont des corps réfringents de 2 à 20 μ de diamètre, sphériques, ovoïdes ou même allongés en courts boyaux, mais jamais filamenteux. Ces éléments montrent une membrane d'enveloppe à double contour et à contenu granuleux. Les auteurs n'ont pas réussi à observer la formation d'ascospores. Nous aurons l'occasion de revenir sur les caractères culturaux de cet organisme ainsi que sur ses propriétés biochimiques indiquées par les auteurs. Il a été classé provisoirement dans le genre *Cryptococcus* créé par Vuillemin (27). Ensuite dans la nouvelle classification de de Beurmann et Gougerot (28) l'espèce en question a été désignée par le terme d'*Atelosaccharomyces Hudeloi*. Entre temps des cultures conservées à l'*Institut de Parasitologie de Paris*, dans les laboratoires du docteur Sabouraud et dans ceux de l'*Institut de Botanique du British Museum de Londres* ont été examinées par da Fonseca (29) d'un côté et par Ota (30) de l'autre; les deux auteurs ont pu constater que cette levure se reproduisait par sporulation s'effectuant par hétérogamie et donnant naissance à des asques à une spore ronde avec un globule graisseux et une membrane pourvue de petites proéminences; les ascopores mesurent 2 à 3 μ. Ainsi donc cette levure isolée par Hudelo, Duval et Laederich d'un foyer humain semble être un *Debaryomyces* suivant la classification de Guilliermond (31). Entre temps Ota (32) reprit cette question et se crut obligé de réserver son opinion, car en examinant une culture conservée dans la collection Pribram de *Vienne* sous le nom de levure de *Laederich*, il fut persuadé avoir découvert la levure initiale concernant ce cas tandis que les autres souches ne correspondaient pas à l'isolement de

Hudelo. Cette dernière levure de *Vienne* n'a pas donné d'acospores et semble être du type de la levure de *Greifswald* du cas de Busse-Buschke. L'auteur se croit d'autant plus en droit de formuler cette opinion que la description initiale donnée par les 3 savants à *Paris* ne semble pas correspondre à l'aspect microscopique des cultures conservées à *Paris* ; de plus il se base sur la faible pathogénéité en général des *Debaryomyces* et sur le pouvoir pathogène élevé des levures du type *Greifswald.*

Nous allons avoir l'occasion en exposant notre cas personnel de revenir sur ces hypothèses, qui nous semblent, d'après nos propres données, bien mal fondées. Ceci mis au point nous relaterons l'observation de notre cas.

Observation. — Le malade : X... R., âgé de 63 ans, originaire de *Thann (Haut-Rhin)* ne possède pas d'antécédents héréditaires intéressants. Ses parents sont morts à un âge avancé. Les antécédents personnels du sujet sont les suivants : pneumonie et pleurésie purulente à 12 ans ; le malade a été marié 3 fois ; sa première femme meurt après 11 ans de mariage, de tuberculose pulmonaire. Une fille issue de cette union meurt à 21 ans de tuberculose pulmonaire. De ses deux autres mariages le malade n'a pas eu de descendance. Les antécédents des deux dernières épouses ne sont pas à retenir.

L'affection actuelle a débuté il y a 5 ou 6 ans à la partie latérale droite du cou, au-dessous de l'angle de la mâchoire, par une grosseur qui s'est accrue progressivement sans douleur. Un médecin a pratiqué une incision ; l'année suivante il se produit une récidive à l'angle du maxillaire : une nouvelle incision a été pratiquée ; en même temps survient une sorte de panaris à l'index droit, conséquence probable du toucher de la lésion du cou. On ampute la phalangette. Divers abcès se produisent ensuite en différentes régions : pli du coude droit, où on pratique des incisions, sternum où l'abcès s'ouvre et guérit spontanément. Le dos de la main droite se recouvre de boutons qui se réunissent par la suite pour former une surface ulcéreuse purulente, croûteuse, un peu douloureuse. Enfin on constate la formation d'autres abcès au bras droit et au sommet du coude. Ces lésions étant peu douloureuses n'ont pas empêché le malade de vaquer à ses occupations dans un atelier

jusqu'à son entrée à l'hôpital, le 5 mai 1930. A ce moment on fait les observations suivantes : au cou, à l'angle de la mâchoire, sur le côté droit, deux formations tumorales sont visibles ; elles ressemblent à des ganglions durs, mobiles, indolores ; leurs sommets fistulisés et croûteux se réunissent par la cicatrice d'une ancienne incision. De temps en temps ces fistules s'oblitèrent et forment de petits abcès sous-cutanés, qui, en s'ouvrant spontanément, éliminent le pus. Le dos de l'index et de la main droits sont recou-



Fig. 1. — Photographie du malade montrant les différents foyers.

verts d'une carapace de lésions polymorphes ; sur l'index ce sont des verrucosités un peu humides par endroits. Au centre du dos de la main, l'épiderme est rouge, humide avec de petits abcès en puits, séparés par des ponts d'épiderme et laissant sourdre à la pression une sérosité purulente. Celle-ci en se desséchant prend l'aspect de croûtes grises, épaisses et adhérentes. En bordure cette lésion ulcéro-croûteuse devient végétante, humide ou verruqueuse ; sur l'avant-bras se trouvent des éléments exulcérés, plats, entourés d'une région cicatricielle pigmentée. Plusieurs cicatrices livides et pigmentées sont placées au pli du coude. Au sommet du coude on remarque un abcès gommeux fermé, qui a été ponctionné par nous

en vue de pratiquer des examens histologiques et culturaux (fig. 1).

Sur le bras sont logés le long de la gouttière humérale, suivant un trajet lymphangitique, plusieurs éléments croûteux rupioïdes entourés d'un halo pigmenté. La gène causée par ces lésions est faible et n'a pas empêché le malade de continuer son métier d'ouvrier en filature.

Examens de laboratoire. — La diathèse syphilitique s'élimine d'elle-même du fait que les réactions de Wassermann, Hecht, Kahn et Vernes furent négatives. Un essai de traitement spécifique intensif institué entre les deux interventions opératoires, mentionnées plus loin, ne modifie d'ailleurs en rien les quelques éléments qui n'avaient pas été touchés lors de la première opération. La lèpre est à écarter car le malade n'a jamais été en contact avec des exotiques et la recherche du bacille de Hansen a été négative. En ce qui concerne la tuberculose la question devenait plus litigieuse, étant donnés les antécédents de la première femme du malade et aussi du fait d'une réaction de Pirquet positive, mais à ce propos, remarquons que cette réaction n'a pas une valeur absolue ; d'autre part la marche et l'évolution de la maladie (marche bien rapide pour une tuberculose cutanée d'une pareille extension, guérison spontanée des foyers sans séquelles cicatricielles) sont en désaccord avec l'image clinique d'une tuberculose. En aucun cas dans le matériel pathologique (pus de gomme, végétations) nous n'avons pu mettre en évidence, par la méthode de Ziehl-Nielsen, des éléments acido-résistants. L'inoculation au cobaye par la voie sous-cutanée du pus et de fragments de tissu malade n'a jamais abouti à la généralisation d'une hypertrophie lymphatique et jamais il ne s'est produit une issue fatale.

L'*examen histologique* (33) nous a donné les caractères suivants : la biopsie de l'élément verruqueux du dos de la main montre une structure franchement tuberculoïde : hyperacanthose modérée avec ulcération, infiltration diffuse dermique lympho-plasmocytaire avec nombreuses cellules géantes et cellules épithélioïdes. Le tissu conjonctif est distendu par l'œdème. Dans les couches profondes du derme, nombreuses fibres élastiques ramassées et condensées en paquets.

La biopsie de la gomme fermée du coude montre des vaisseaux

lymphatiques et sanguins nombreux et béants. La coloration à l'*hémalun-érythrosine-safran* met en évidence les éléments suivants : infiltration inflammatoire chronique tantôt diffuse, surtout dans les parties superficielles du derme, tantôt nodulaires et pouvant intéresser l'hypoderme. Proliférations des éléments réticulo-endothéliaux avec des macrophages, comme nous le montre le cliché, sous forme de cellules géantes. Le tout représente l'image



Fig. 2. — Photographie d'un eobaye montrant des lésions cutanées dues à l'infection artificielle par scarification.

histologique d'un granulome à corps étrangers. Les cellules géantes sont toujours très nombreuses quelle que soit leur forme. Il semble que la lésion soit constituée par une sorte de fonte avec des polynucléaires. La prolifération élastique est très importante; l'hyperplasie épidermique est nette sans atteindre toutefois un haut degré (fig. 2 et 3).

L'examen microscopique des frottis préparés au moyen de pus de la gomme fermée et colorés par la méthode de Gram-Weiggert

d'un côté et par celle de Schumacher (34) de l'autre nous a montré la présence simultanée d'une levure et d'un streptocoque. Des coupes fixées en paraffine et colorées par les mêmes méthodes ont mis en évidence après des recherches laborieuses dans la profondeur des lésions et surtout dans l'hypoderme de rares éléments levuriens isolés, ovalaires ou le plus souvent polymorphes entourés d'une gaine à doubles contours, très marquée. Mais le plus souvent



Fig. 3. — Aspect de la coupe histologique d'une gomme provenant d'une biopsie. Grossissement = 40 fois.

nous avons pu noter des formes réunies deux par deux avec développement moins accentué de la coque, et des formes bourgeonnantes réunies en courtes chaînettes et souvent nues. On note au niveau de ces inclusions une phagocytose remarquable aboutissant à une prolifération vacuolaire ou à des éléments nécrosés (fig. 4 et 5).

Etude du parasite. — Des ensemencements ont été pratiqués en partant du pus de la gomme fermée sur divers milieux solides : milieu de Sabouraud, bouillon gélatiné, bouillon gélosé, pomme de

terre, jus de pomme de terre gélosé, milieux au sang. Nous avons obtenu de rares cultures extrêmement faibles. L'examen microscopique de ces cultures nous a montré la présence de la levure associée avec le streptocoque. Sur une série de tubes où nous avions intentionnellement laissé une petite quantité de liquide en profondeur s'est formé un dépôt glaireux qui renferme : 1° de rares éléments levures ; 2° des cellules sphériques pourvues d'un protoplasme

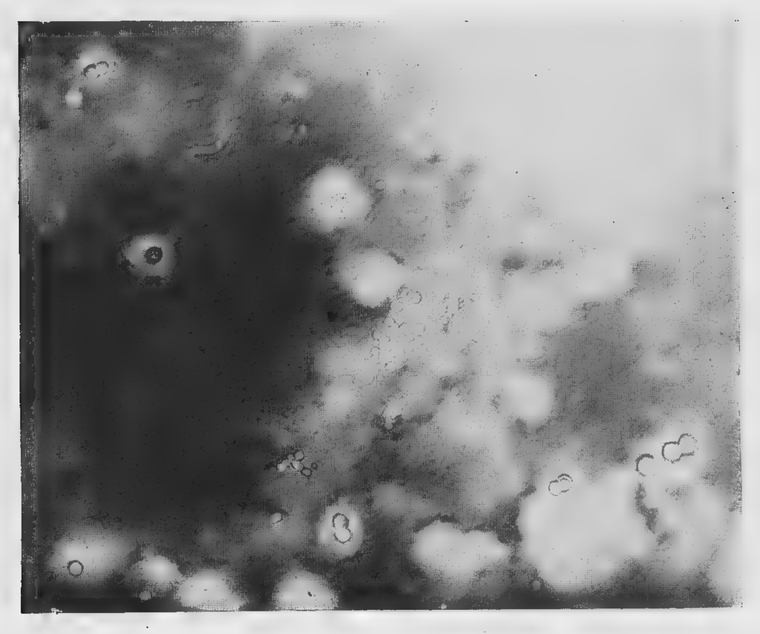


Fig. 4. — Aspect des foyers parasités dans une coupe à l'hémalun-érytrosine-safran. Grossissement = 210 fois. On voit un peu à gauche du centre un foyer inflammatoire avec cellules géantes. Au centre et en haut une hyperplasie élastique et à droite un foyer à réaction réticulo-endothéliale et des cellules géantes.

très dense, fortement coloré par le bleu lactique, mesurant environ de 3 à 4 μ de diamètre ; 3° des cellules nombreuses plus grandes, sphériques, munies de nombreuses protubérances qui sont des asques mesurant 4 à 5 μ de diamètre ; elles renferment jusqu'à 4 ascospores ; les ascospores sont mises en liberté par la rupture de la membrane de l'asque ; 4° des streptocoques ; 5° enfin un dépôt visqueux blanc-jaunâtre qui devient plus tard blanc sale et

qui forme une sorte de zooglée où sont enfermées les cellules rondes (fig. 6 et fig. 7).

Par réensemencement et repiquages successifs, nous avons réussi à séparer le streptocoque de la levure et à cultiver celle-ci à l'état de pureté. Nous avons par la suite pu assister à un phénomène intéressant : la levure isolée à l'état de pureté ne se développait que



Fig. 5. — Eléments parasitaires levuriens dans la coupe histologique par la coloration de Schumacher. Grossissement = 800 fois.

très difficilement sur les milieux artificiels ; l'aspect des cultures était le suivant : au bout de 4 à 5 jours après l'ensemencement de très petites colonies d'un blanc sale apparaissent sur les milieux ; sur jus de pomme de terre ces éléments sont d'abord humides et brillants, prenant ensuite une teinte foncée ocreuse ; sur gélose sucrée glucosée ou saccharosée, la culture présente une surface légèrement mamelonnée, à reflets brillants, à consistance visqueuse. Les eaux de condensation localisées au fond des tubes renferment

toujours un dépôt glaireux brunâtre ; à l'examen microscopique nous notons la présence de cellules constamment ovalaires ou sphériques de 2 à 5 μ de diamètre ; examinées après 24 ou 48 heures de culture à la température de + 27° ou de + 37°, ces cellules sont presque toujours isolées ou réunies deux par deux ; rarement on observe de très courtes chaînettes qui, toujours, sont dépourvues de ramifications. Ces éléments sont constamment entourés d'une substance mucilagineuse à caractère de zooglée et formant toutes

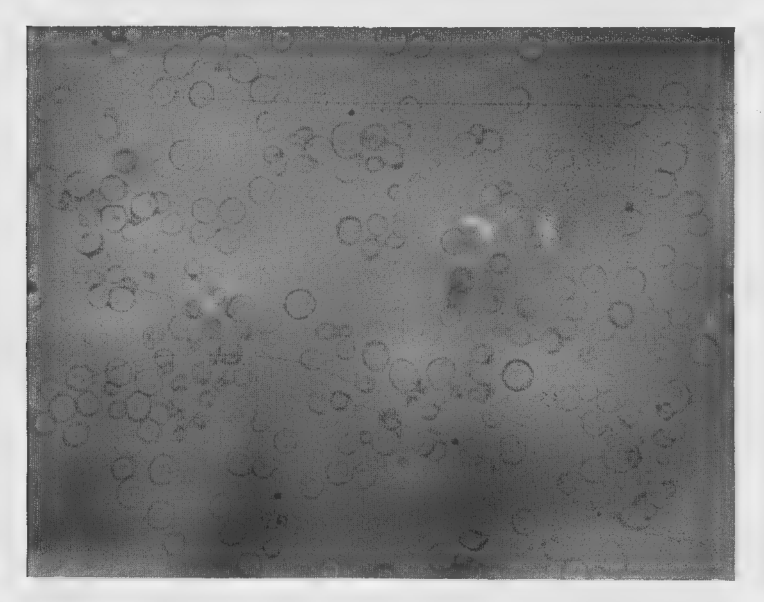


Fig. 6. — Frottis de pus montrant des éléments blastomycétiens sphériques et à double membrane. Coloration par l'hématéine-éosine. Grossissement = 800 fois.

sortes de réseaux, figure que nous avons essayé de reproduire dans le cliché rappelant les phénomènes déjà observés par Hansen (35). La membrane est toujours à double contour ; elle augmente avec l'âge de la culture comme d'ailleurs le diamètre de la cellule levurienne qui peut alors atteindre jusqu'à 12 μ de diamètre. L'augmentation de volume de la cellule est en rapport avec la température de culture ; en outre nous notons au bout de 15 à 20 jours la présence de cellules de forme anormale et bizarre à aspect amiboïde, entrevues par Lindner (36) pour le *Saccharomyces Bailii* et interprétées

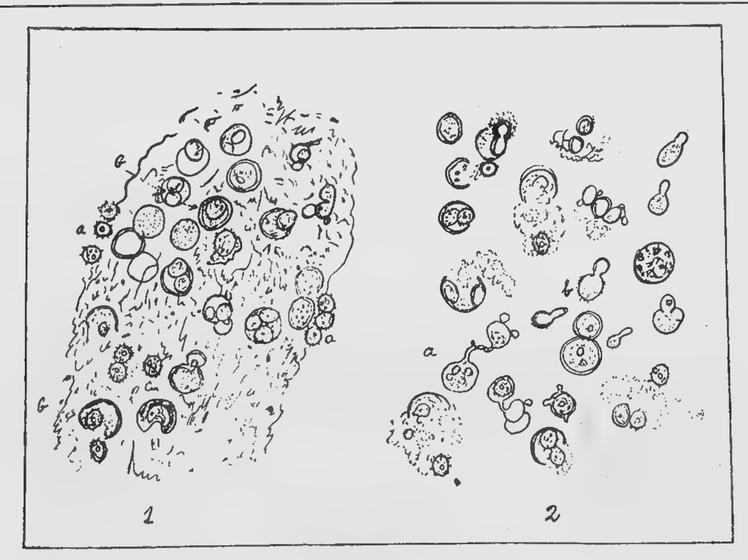


Fig. 7.

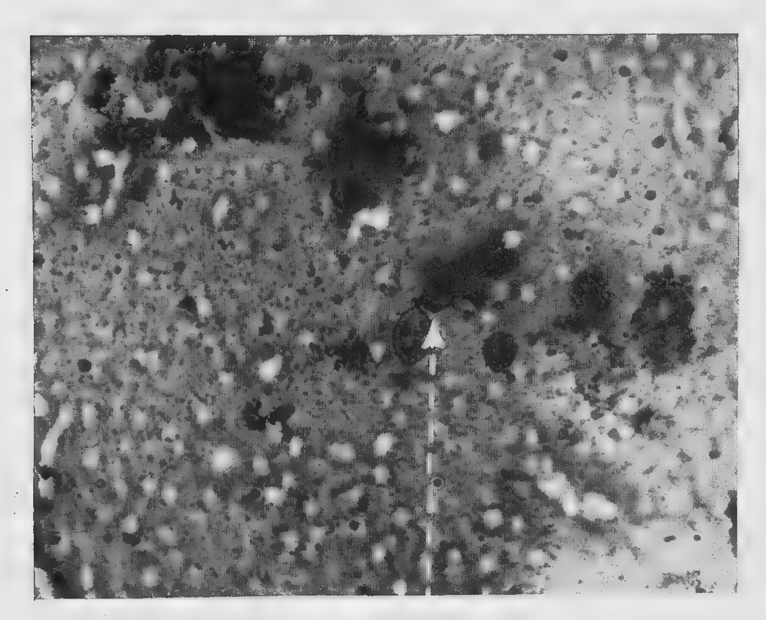


Fig. 7 et fig. 8. — Cultures en goutte pendante ; coloration vitale. Remarquer les asques, les ascospores et la copulation. Grossissement = 500 fois et 570 fois.

par Guillermond. Dans toutes nos cultures nous avons au commencement de l'expérimentation déjà vers le douzième jour, observé l'apparition de formes ascosporées qui deviennent tellement nombreuses que les formes bourgeonnantes disparaissent complètement. L'organisme ne forme pas dans ces conditions de mycélium : les formes levures sont le plus souvent isolées, bourgeonnantes, arrondies ou légèrement apiculées de 2, μ 5 à 3, μ 5 sur 3, μ 5 à 4 μ. Elles

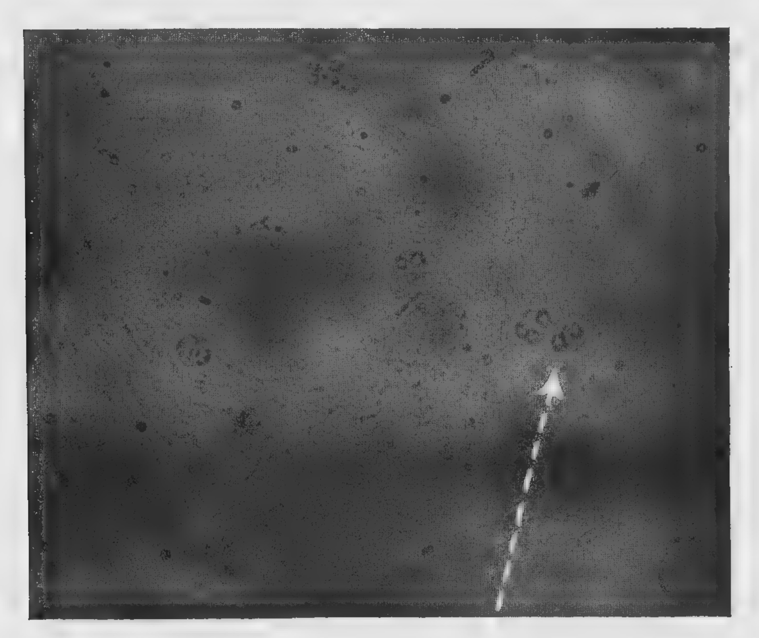


Fig. 9. — Aspect des éléments végétatifs de la levure dans la culture sur milieu de Sabouraud glucosé après le deuxième passage consécutif à l'isolement. On remarquera la forme essentiellement ronde. Grossissement = 760 fois.

grandissent encore dès le début de la formation des asques ; les éléments levuriformes proprement dits diminuent. Au bout d'un certain temps ils n'existent plus dans les cultures et celles-ci ne renferment que des asques (fig. 8 et 9).

Afin d'établir avec certitude les données que nous avons constatées dans les préparations à l'état frais, nous avons eu recours à des méthodes spéciales : les préparations traitées par une coloration vitale au moyen du *Sudan III* ont montré une membrane et un

protoplasme faiblement coloré ; la membrane était à double contour et l'enveloppe extérieure, surtout dans les vieilles cultures, pouvait éclater ; la levure se dévaginant porte alors encore des vestiges de cette membrane attachée à certains points de la périphérie. Le protoplasme renferme en son centre une, très rarement deux gouttelettes de graisse colorées en rouge. D'autre part nous avons eu recours aux méthodes spécifiques pour la coloration des spores, méthodes employées par Sasakawa (37) d'une part et par Schumacher (34) de l'autre.

La technique employée par Sasakawa consiste dans l'emploi de la méthode de Heidenhain à l'*hématoxyline ferrique* (technique indiquée par Guillermond) pour l'examen cytologique des noyaux. D'autre part pour la mise en évidence des spores, l'auteur emploie la méthode de Moeller : la préparation fixée est immergée pendant 10 secondes à 5 minutes dans de l'acide sulfurique à 1 o/o. On lave à l'eau ; on colore avec de la fuchsine phéniquée en chauffant 1 minute ; on différencie par l'acide sulfurique à 5 o/o pendant 5 secondes ; on lave ; on contrecolore par du bleu de méthylène aqueux pendant 3 minutes. On lave, on sèche et on peut examiner.

Pour éviter des confusions, nous avons traité les préparations fixées pendant 2 minutes encore par du chloroforme, afin d'enlever les gouttes de graisse.

La méthode de Schumacher recommandée par Buschke et Harry (38) consiste à fixer les préparations par la chaleur ; on colore ensuite pendant 1 minute avec une solution phéniquée à 1 o/o de bleu de méthylène ; on lave à l'eau distillée et on colore pendant 1 minute 1/2 en agitant constamment avec une solution à 1 o/o de *phosphine* (di-amido-phényl-acridine) ; les éléments acido-résistants que Schumacher, Buschke et Harry considèrent comme de la volutine se colorent par cette méthode en vert, la nucléine en jaune et les spores en bleu. Nous avons ainsi par l'emploi simultané de la méthode de Moeller et de celle de Schumacher qui nous ont donné des résultats concordants, la certitude que dans nos cultures, nous avions effectivement affaire à une reproduction sexuée donnant naissance à des asques renfermant 1,2 ou 4 spores (ascospores). Cette constatation a été encore renforcée par la présence dans nos milieux de culture de formes amiboïdes qui semblent, d'après

Guillermond, résulter d'essais infructueux de copulation. D'autre part il nous a été donné de suivre et d'observer microscopiquement le phénomène sexué. La copulation est hétérogamique dans certains cas ; souvent elle s'opère entre une cellule adulte et un petit bourgeon formé par cette dernière immédiatement avant et resté encore attaché à elle ; enfin la parthénogenèse est très fréquente : nombre d'asques naissent sans copulation soit aux dépens de cellules ordinaires, soit aux dépens d'éléments pourvus de diverticules au moyen desquels elles ont essayé, sans y parvenir, de se réunir deux à deux. Les asques renferment 1,2 ou 4 spores ; le nombre quatre prédomine dans les cultures impures et lors des premiers passages en culture pure. Plus tard le nombre de un est la règle. Les asques sont à double membrane. Les ascospores sont globuliformes à surface non lisse (munie de petites élevures) présentant souvent en leur centre une ou plusieurs guttules de graisse. Les asques ont de 4 à 12 μ de diamètre ; les ascospores mesurent 2 à 3 μ et remarquons que ces dernières dimensions sont constantes.

En continuant nos repiquages successifs, nous avons tout d'abord constaté que l'organisme à l'état de pureté s'habitue de plus en plus aux milieux artificiels ; les colonies poussant plus rapidement, formaient à la température de + 37° en se réunissant déjà vers le 4e jour, un tapis homogène. Cette augmentation du pouvoir végétatif devient de plus en plus manifeste de sorte qu'au bout de 6 mois la levure cultivée à l'état de pureté présentait sur milieu de jus de pomme de terre ou sur milieu de Sabouraud glucosé l'aspect suivant : tapis homogène à aspect visqueux, blanc-crême dans les premiers 4 à 5 jours ; se fonçant ensuite pour devenir jaune-chamois dans les cultures âgées de plus de 15 jours. Sur milieu de Raulin liquide ou moût de bière, le développement se fait aussi vite à + 27° qu'à + 37°. A la température ordinaire la poussée accuse un petit retard ; la levure forme un dépôt jaune-brunâtre abondant ; il ne se produit jamais de voile, mais on constate la production d'un anneau adhérent aux parois du tube au niveau supérieur du liquide.

Cultivée en colonies géantes sur jus de pomme de terre gélosé ou moût de bière gélosé on obtient une colonie de grande envergure (5 cm. environ de diamètre) qui présente au centre des mamelons surélevés d'où partent quelque stries radiaires ; les bords sont nettement limités par des crénelures accidentées.

L'examen microscopique nous a réservé une certaine surprise : en effet toute trace de sexualité dans la reproduction de la levure faisait défaut ; nous avions affaire à des formes levures typiques à cellules ovoïdes, rondes, souvent oblongues, dont certaines se reproduisent par bourgeonnement et se groupent en chaînettes, présentant parfois des ramifications latérales. La formation de filaments vrais fait défaut constamment, mais les formes rondes qui prédominaient toujours dans les premières cultures pratiquées au

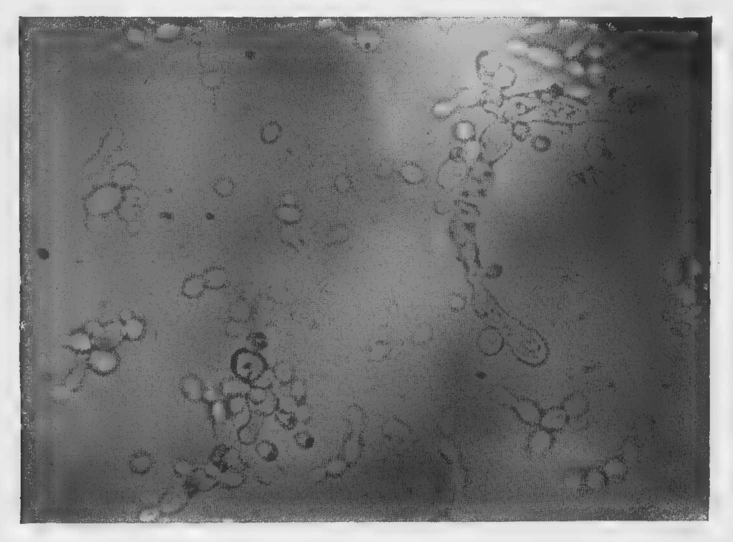


Fig. 10. — Aspect des éléments végétatifs de la levure fixée par des cultures successives après 6 mois. Milieu de Sabouraud glucosé. Grossissement = 760 fois.

moyen des prélèvements pathologiques sont remplacées ici par des éléments allongés éllipsoïdes placés bout à bout formant ainsi de petites chaînettes. Les cellules d'une chaînette sont cependant d'une taille inégale ; elles sont pourvues de membranes épaisses, renferment des globules de graisse et se multiplient exclusivement par bourgeonnement (fig. 10). Nous constatons donc un changement complet dans la nature morphologique de notre espèce. Ce changement nous ayant particulièrement frappé, nous nous sommes demandé si nous n'avions pas affaire à quelque impureté ; afin d'éclaircir cette question nous avons ensemencé notre levure

végétative sur gélose de Gorodkowa et sur blocs de plâtre ; au bout de 10 jours, à l'examen microscopique minutieux, nous avons pu trouver de rares éléments à asques. Un deuxième passage sur milieu de Gorodkowa a accentué fortement le phénomène sexué et nous a montré à l'examen direct les éléments sexués identiques à ceux que nous avions pu observer lors de nos premières cultures d'isolement.

Nous rappelant d'autre part les expériences faites par l'un de nous (39) sur la sporulation chez les levures par symbiose bactérienne, nous avons entrepris l'expérience suivante : on a pratiqué des ensemencements sur milieu pulpe de pomme de terre malaxée, au moyen de notre levure et du Streptocoque isolés simultanément des lésions pathogènes humaines. Ici encore l'examen microscopique nous a révélé la présence d'asques nombreux englobés dans une gaine mucilagineuse zoogléiforme rappelant étroitement l'aspect de nos cultures initiales.

Tels sont les faits que nous avons observés. Sans vouloir en tirer une conclusion d'ordre général, nous devons admettre que : 1° les deux aspects de levure appartiennent à la même espèce. Remarquons ici que pour passer de la forme sphérique isolée à la forme en chaînettes de cellules élliptiques, l'évolution a demandé 6 mois au minimum.

2° L'apparition du phénomène sexué dans la reproduction de la levure et son abondance quantitative sont en rapport avec l'association symbiotique levure-streptocoque.

3° De l'ensemble de nos constations nous pouvons conclure que notre organisme doit être rattaché au genre *Debaryomyces* Klöcker 1909 correspondant aux caractères indiqués par Guillermond (31) : « Levures bourgeonnantes ; phénomènes sexués positifs. Asques dérivés de copulation ; ascospores globuleuses pourvues d'une seule membrane verruqueuse ». Ayant ainsi déterminé les caractères morphologiques de cette espèce, nous avons passé à l'étude biologique de l'organisme.

Le pouvoir fermentatif de notre levure a été mesuré en la cultivant sur un milieu de Raulin liquide auquel nous avons ajouté le sucre à étudier : glucose, lévulose, galactose, mannose, saccharose, maltose et lactose. Des ensemencements sur ces divers milieux ont été faits au moyen de souches asexuées et sexuées ; les cultures ont été placées

à + 37° et le pouvoir dégradant déterminé sur des cultures âgées de trois jours en reliant le vase de culture à l'appareil de Barcroft (40) modifié pour la circonstance avec interposition d'un tube à barbottage contenant du pyrogallate de potassium destiné à l'absorption de l'oxygène. L'opération a duré 24 heures au bout desquelles on a chassé les traces de CO^2 se trouvant dans le milieu liquide par addition d'acide sulfurique. Nous avons adopté cette technique qui nous semble donner des résultats plus précis que la méthode de Lindner (41), dont Ota a déjà remarqué les imperfections. Il y a interversion du saccharose et fermentation du glucose et du saccharose ; la levure est sans action sur les lévulose, galactose, mannose, maltose et lactose. La forme ascosporée est dépourvue d'action fermentative.

Quant aux ferments protéolytiques, la levure est sans action sur la gélatine et sur le sérum coagulé. Elle coagule le lait avec peptonisation consécutive.

La température optima semble située dans les environs de + 27° à + 35° ; la levure se développe très bien à + 37° ; elle ne pousse plus à + 42°. Il y a un retard net dans le développement à + 10°, mais le végétal croit encore à + 5°.

Action pathogène expérimentale.

L'action pathogène expérimentale de l'espèce étudiée a été examinée sur des souris blanches, des cobayes et des lapins. Nous avons fait une émulsion au moyen d'une öse de culture dans 5 centimètres cubes de sérum physiologique.

Une souris blanche a été inoculée avec 3 centimètres cubes par voie intra-péritonéale : l'animal a succombé 23 heures après l'inoculation ; l'autopsie n'a montré aucune lésion des organes ; l'hémoculture pratiquée par ponction du cœur au moment de l'autopsie a été positive et nous a montré des levures rondes à membrane à double contour.

Deux souris injectées avec les mêmes doses et suivant la même technique ont survécu à l'épreuve respectivement durant 4 et 6 jours ; l'autopsie a montré un tube digestif normal, un foie normal, des poumons normaux ; par contre des taches punctiformes de couleur gris-jaunâtre se trouvaient sur la rate et sur la corticale des

reins. Ces nodules prélevés ont microscopiquement montré la présence de levures ; l'hémoculture était négative.

Deux autres souris injectées au moyen de 3 centimètres cubes par voie sous-cutanée donnèrent des signes de maladie pendant les premières quarante-huit heures ; à l'endroit d'inoculation il se forme vers le troisième jour un abcès qui se développe suivant la voie lymphatique ; les animaux ont survécu respectivement durant 8 à 11 jours ; à l'autopsie, hypertrophie du système lymphatique

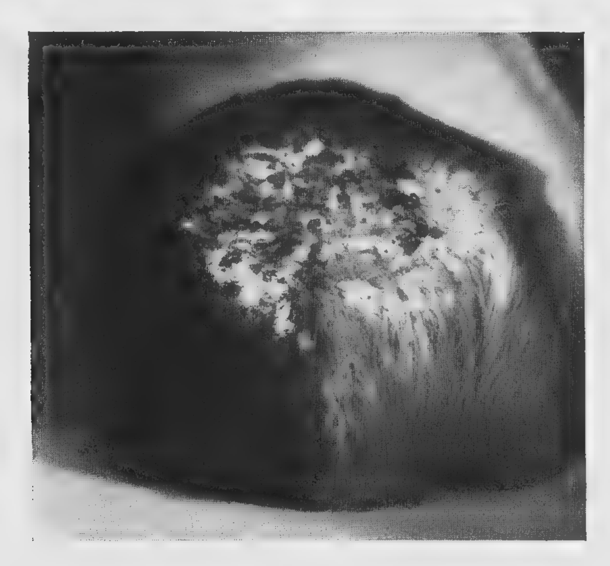


Fig. 11. — Cliché montrant les formes zooglées.

surtout dans la région du train antérieur. Les poumons étaient parsemés de nodules punctiformes renfermant une grande quantité de levures. Entre la plèvre et le diaphragme nous avons noté la présence d'une grande quantité de sérosité purulente. Les autres organes internes n'ont pas été touchés ; l'hémoculture était négative ; la lymphe a donné des cultures positives.

Deux cobayes inoculés par la voie intrapéritonéale au moyen de 5 centimètres cubes d'émulsion sont restés bien portants. Trois semaines plus tard nous pratiquons chez ces deux animaux des scarifications sur la peau du dos au moyen de toile émeri chargée de levures. Les cicatrices ont été mises à l'abri de l'air durant les deux

premiers jours. Huit jours plus tard il se forme des placards œdémateux sur la région traumatisée. Des croûtes apparaissent, qui tombent au fur et à mesure de la formation de petits abcès qui laissent sourdre un liquide séro-sanguinolent (fig. 2). Vers le trentième jour de la maladie, les cobayes commencent à diminuer de poids, leurs poils se hérissent et ces animaux semblent nettement malades. Ils succombent dans la semaine qui suit. L'autopsie ne révèle aucune lésion interne ; l'hémoculture et les cultures à partir de la lymphe sont négatives malgré l'abondance des levures dans les lésions cutanées.

Un lapin inoculé par voie sous-cutanée au moyen de 5 centimètres cubes d'émulsion montre une infiltration œdémateuse qui se transforme en une sorte de tumeur dure se déplaçant à la pression ; cette tumeur se résorbe dans les cinq semaines qui suivent. A partir de ce moment le lapin ne manifeste plus de signe de maladie.

Une inoculation pratiquée chez un autre lapin dans une veine de l'oreille montre la formation d'un œdème dans les premiers jours ; celui-ci se résorbe. Une ponction au cœur pratiquée le sixième jour fournit une hémoculture positive, mais le lapin a survécu et une nouvelle ponction pratiquée 30 jours après donne une hémoculture négative.

En résumé la levure récemment isolée est pathogène pour les souris et pour le cobaye ; le lapin semble réfractaire. La souris est susceptible de succomber par une septicémie blastomycétienne ou de contracter une affection localisée principalement à la rate et aux reins et amenant la mort.

Par ces expériences nous avons démontré :

Que nous avons affaire sans aucun doute à un *Debaryomyces* pathogène pour l'homme et pour les animaux. Le pouvoir pathogène de cette levure est aussi développé que celui des *Endomycétacées* et des *Hyphomycètes thalosporées*, agents pathogènes par excellence des *Blastomycoses.* Il nous semble par conséquent que l'hypothèse de Ota et de Sasakawa prétendant que les formes ascosporées sont moins pathogènes, ne se trouve pas fondée. D'autre part l'évolution lente de la forme initiale observée dans les cultures issues de prélèvements pathologiques vers une forme végétative morphologiquement différente semble prouver que l'opinion d'Ota visant la souche de Hudelo, Duval et Laederich conservée à *Paris* et à *Lon-*

dres est trop absolue, et il est fort possible que le cas de Hudelo rappelant cliniquement étroitement le notre était dû à une espèce de *Debaryomyces* très rapprochée de la notre. Dans un tableau ci-joint nous essayons de donner les principaux caractères de l'espèce de Hudelo décrite par Hudelo même et examinée plus tard par Da Fonseca et Ota et de notre propre espèce. Nous verrons que les caractères se rapprochent beaucoup et que nous nous croyons en droit de désigner l'espèce isolée par nous sous le nom de *Debaryomyces mucosus* n. sp.

Nous voyons par ce tableau comparatif que l'espèce isolée par nous se rapproche singulièrement du *Debaryomyces Hudeloi* conservé à *Paris*; il en diffère cependant par sa propriété de donner des asques dans les liquides de condensation des cultures sur les milieux solides.

Traitement. — Le traitement institué chez le malade a été le suivant : à l'intérieur administration de 1 gramme à 5 grammes d'iodure de potassium, par jour progressivement. Localement on a procédé à l'application de vaseline salicylée, pour décaper les éléments croûteux, à des badigeonnages à la teinture d'iode salicylée et chrysarobinée. Au bout de 3 semaines le résultat de cette médication étant faible, nous traitons les différents éléments par les courants de haute fréquence : diathermo-coagulation sur les éléments verruqueux et végétants, électro-coagulation à étincelle variable sur les lésions non exubérantes; fulguration avec étincelle demi-chaude sur les lésions toutes superficielles. En même temps nous avons recours à l'administration d'iode par la voie interne. Trois semaines après, le malade quitte l'hôpital très amélioré mais encore porteur de quelques lésions. Celles-ci sont soumises après coup à un traitement spécifique intensif qui n'obtient aucun effet. Aussi 2 mois après la première procède-t-on à une deuxième séance de diathermie en continuant l'ingestion d'iodure de potassium. Ce traitement combiné a donné de très bons résultats et a permis au malade de rentrer chez lui et de reprendre ses occupations.

Conclusions. — Si nous nous reportons aux conditions que nous avons posées relativement à l'affirmation de la nature blastomycosique de lésions humaines, nous pouvons conclure :

1° La présence de levures dans les frottis de pus a été établie.

2° Les ensemencements effectués au moyen du matériel patholo-

TABLEAU DE COMPARAISON ENTRE LE *Debaryomyces Hudeloi*, L'ORGANISME ÉTUDIÉ PAR *Ota* ET L'ESPÈCE ISOLÉE ET DÉCRITE PAR NOUS :

Atelosaccharomyces de Hudelo	Organisme étudié par Ota	Organisme en étude : Debaryomyces mucosus
Aspect microscopique : Cellules sphériques de 2 à 20 μ de diamètre, quelquefois ovoïdes ou allongées en court boyau. Jamais filamenteux. Membrane d'enveloppe à double contour. Formes bourgeonnantes. La formation d'ascospores n'a pas été constatée.	Cellules ovoïdes, rondes, oblongues, isolées ou en chaînettes. Les éléments ont des dimensions pouvant atteindre jusqu'à 8 μ de diamètre. Membrane épaisse ; les chaînettes peuvent avoir des ramifications latérales. La sporulation est positive sur milieu de *Gorodkowa* ; la copulation s'opère au moyen de 2 cellules inégales et produit des asques à une spore à membrane verruqueuse.	Formes levures isolées, arrondies ou légèrement apiculées de 2 μ à 5 μ et jusqu'à 12 μ de diamètre, jamais filamenteux. Membrane d'enveloppe à double contour. Formes bourgeonnantes. La formation d'ascospores est réalisée en présence d'une bactérie dans le liquide de condensation des milieux solides, ou sur milieu de *Gorodkowa* et blocs de plâtre.
Caractères culturaux : *Gélose sucrée* : Stries blanc opaques à surface lisse, humide à reflet porcelainé, à bords réguliers. Devient jaune brunâtre en vieillissant. *Bouillon* : Culot dense pulvérulent blanchâtre ; pas de voile, mais collerette blanche opaque.	*Moût gélosé* : les colonies géantes sont radiées légèrement et à bords nets avec quelques échancrures. *Milieu liquide* : formation d'un dépôt blanc brunâtre ; ni voile, ni anneau.	*Gélose sucrée* : surface légèrement mamelonée à reflets brillants à consistance visqueuse. Les bords sont nettement limités par des crénelures accidentées. *Bouillon* : Dépôt jaune brunâtre, abondant ; pas de voile ; production d'un anneau adhérent aux parois du tube.
Caractères biologiques : *Gélatine* : pas de liquéfaction. *Sérum sanguin* : développement nul. *Fermentation* : Glucose : + Saccharose : + Maltose : + Lactose : o *Inoculations* : Souris blanches : très sensibles. Cobayes : résultat variable par voie intrapéritonéale ; inoculation sous-cutanée produit un véritable chancre rappelant les lésions humaines Lapins : très peu sensibles.	*Gélatine* : Pas de liquéfaction *Fermentation* : Glucose : + Saccharose : + Maltose : o Galactose : o Lévulose : o Lactose : o Mannose : o *Inoculations* : Cobaye : formation d'abcès locaux, guérison spontanée ; l'autopsie n'a pas été pratiquée.	*Gélatine* : pas de liquéfaction. *Sérum sanguin* : développement très faible ; pas de liquéfaction. *Fermentation* : Glucose : + Saccharose : + Maltose : o Lactose : o *Inoculations* : Souris blanches : très sensibles. Cobayes : résultats variables par voie intrapéritonéale ; par voie sous-cutanée, production d'une épidermomycose rappelant la lésion humaine. Lapins : très peu sensibles.

gique prélevé aseptiquement ont donné invariablement des cultures de deux organismes : streptocoque d'un côté et levures de l'autre.

3° Ce champignon s'est présenté sous forme arrondie, à membrane fortement épaissie dans les prélèvements pathologiques et dans les cultures lors des premiers passages. Après plusieurs repiquâges, l'organisme a adopté des caractères morphologiques stables. Les propriétés de l'appareil végétatif et reproducteur ainsi que les caractères biologiques et biochimiques nous ont permis de classer définitivement l'organisme dans le genre *Debaryomyces*, au voisinage du *Debaryomyces Hudeloi* et de le désigner sous le terme de *Debaryomyces mucosus* n. sp.

4° L'aspect histologique des prélèvements pathologiques a démontré une structure tuberculoïde, des abcès miliaires, des fibres élastiques caractéristiques des *Blastomycoses*.

5° L'agent pathogène isolé (*Debaryomyces mucosus*) et cultivé à l'état de pureté a montré une virulence très marquée pour la souris, atténuée pour le cobaye, presque nulle en ce qui concerne le lapin.

6° Les réactions sériques du malade ont écarté la syphilis ; les examens microscopiques et les inoculations aux animaux du matériel pathologique ont été négatifs au point de vue lèpre et tuberculose ; les manifestations cliniques de la maladie et son traitement thérapeutique viennent appuyer le diagnostic posé de *Blastomycose* cutanée à foyers multiples occasionnée par le *Debaryomyces mucosus* n. sp. Que le traitement ioduré spécifique des mycoses n'ait pas eu une action plus rapide sur cette maladie, le fait n'est pas pour nous surprendre. La plupart des auteurs, Gougerot en particulier, insistent sur la résistance relative des *Blastomycoses* à l'iodure.

Notes bibliographiques

1. Caraven. — Ostéites et ostéo-arthrites mycosiques. *Th. Méd.*, Paris, 1910.
2. Boehm. — Ueber Hautblastomykose des Gesichts. *Derm. Woch.*, 1930, Bd. XC, n° 2, s. 92.
3. Langeron. — Les Blastomycoses. *Nouveau Traité de Médecine de Roger, Widal, Teissier*, Paris, Masson, 1925, fasc. IV, p. 533.
4. Chatenewer. — Material zur experimentellen Blastomykose des Kaninchens. *Derm. Woch.*, 1928, Bd. LXXXVII.
5. Rabinovitch (L.). — Untersuchungen über pathogene Hefearten. *Zeitschr. f. Hyg.*, 1895, Bd. XXI.

6. Peckham. — Study of yeasts form human sources. *J. of inf. dis.*, 1925, vol. XXXVII, 53.
7. Buschke et Joseph. — Die Sprosspilze. *Handbuch der pathogenen Mikroorganismen : Kolle, Wassermann*, 1927, vol. V, s. 321, etc.
8. Remak et Robin, voir Robin. — *Histoire naturelle des végétaux parasites de l'homme et des animaux*, Paris, 1853.
9. Hannover, voir Buschke et Joseph. — Blastomykose. *Neue Deutsche Klinik von Klemperer*, Berlin, 1928, vol. II, s. 72.
10. Claude Bernard. — Leçons de Physiologie expérimentale, 1855. *Arch. générales de Méd.*, 1848.
11. Popoff. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1872, s. 513.
12. Grohe. — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1870, no 1.
13. Rivolta. — *Parasiti vegetali*, 1873.
14. Metchnikoff. — Ueber eine Sprosspilzkrankheit der Daphnien. *Virchovs Archiv*, 96, 1884, s. 187.
15. Weissmann. — Beitræge zur Naturgeschichte der Daphnœiden. *Zeitschr. f. Wiss. Zool.*, XXXIII, 1880, s. 189.
16. Wernicke. — *Journal de Micrographie*, 1891. Ueber einen Protozoenbefund bei mycosis fungoïdes. *Centralbl. f. Bakt.*, XII, 1892, s. 859.
17. Achalme et Troisier. — Sur une angine parasitaire causée par une levure et cliniquement semblable au muguet. *Archives de Méd. expér. et d'An. path.*, vol. I, 1893, p. 29.
18. Raum. — Zur Morphologie und Biologie der Sprosspilze. *Zeitschr. f. Hyg.*, X, 1891.
19. Neumayer. — Untersuchungen über die verschiedenen Hefenarten. *Arch. f. Hyg.*, 1891, vol. XII, s. 1.
20. Busse u. Buschke. — Sitzungsbericht d. Greifswalder med. Ver., 3 Juni 1894. *D. m. Woch.*, 1895, n° 3 ; Busse. — Ueber Hautblastomykose. *Dermatolog. Kongress Strasbourg*, 1898.
21. Gilchrist et Rixford. — Two cases of protozoic (coccidoidal) infection of skin and other organs. *John Hopkins Hosp.*, Rép. Studies in Dermatology I, Baltimore, 1896.
22. Tokishige. — Ueber pathogene Blastomyceten. *Centralbl. f. Bakt.*, 1896, 19.
23. San Felice. — Ueber die pathogene Wirkung der Sprosspilze. *Centralbl. f. Bakt.*, t. XVII, 1895.
24. Curtiss. — Contribution à l'étude des saccharomycoses humaines. *Ann. Inst. Pasteur*, 1896 ; *Presse Médicale*, septembre 1895 ; *Soc. biol.*, n° 715, 9 novembre 1895.
25. Vuillemin. — Sur un cas de saccharomycose humaine. *Arch. de Paris*, t. III, 1900 ; *Bull. Soc. Sc.*, Nancy, 1900.
26. Hudelo, Duval et Laederich. — Etude d'un cas de blastomycose à foyers multiples. *Bull. et Mém. Soc. Méd. Hôp. Paris*, 1906, 23e année, 6 juillet, p. 723.
27. Vuillemin. — Les blastomycètes pathogènes. *Revue générale des Sciences*, n° 16, 12e année, t. XII, 30 août 1901.
28. De Beurmann et Gougerot. — Les mycoses. *Nouveau Traité de Médecine et de Thérapeutique de Gilbert et Thomas*, Baillière, Paris, 1910 ; Les exoascoses. *Tribune Médicale*, août 1909.
29. Da Fonseca. — Sobre as agentes das blastomycoses europeas. Cyclo-

sexuadoe possiçao systematico do levedo de Hudelo. *Brazil-Medico*, 1922, Bd. XXXVI, n° 2.

30. Ota. — Cinq levures Debaryomyces considérées comme pathogènes. *Ann. Par.*, 1923, vol. I, n° 2, p. 125.

31. Guillermond. — *Les levures*, Paris, Doin, 1912, p. 292.

32. Ota. — Ueber 4 neue pathogene Hefearten von der Gattung Debaryomyces. *Dermat. Woch.*, 1924, n° 10, Bd. LXXVIII, s. 285.

33. Nous tenons à remercier bien vivement ici M. le professeur Gery et son assistante, Mlle Hœrner, qui ont bien voulu se charger de l'examen des préparations histologiques.

34. Schumacher. — Ueber den Nachweis des Bakterienkerns und seine chemische Zusammensetzung. *Centralbl. f. Bakt.*, Abt. I, Orig., Bd. XCVII, 1926, s. 81.

35. Hansen. — Contribution à la connaissance des organismes qui peuvent se trouver dans la bière et le moût de bière et levure. *C. R. Lab.*, Carlsberg, t. I, livre II, 1879.

36. Lindner, voir Guillermond. — *Les levures*, pp. 16 et suivantes et p. 51.

37. Sasakawa. — Zur Systematik pathogener und paras. Hefen. *Centralbl. f. Bakt.* Abt. I, Orig., Bd. LXXXVIII, n° 4, 1922.

38. Buschke et Harry. — Beitrag zur Frage der Sporulationsfähigkeit parasitischer u. pathogener Hefen. *Derm. Woch.*, 1923, Bd. CCCXVI, n° 17, s. 357.

39. A. Sartory. — Sporulation d'une levure sous l'influence d'une bactérie. *C. R. Soc. biol.*, 30 mars 1912.

40. Barcroft. — *Ergebnisse der Physiologie*, 7, 1908 et Plesch. — *Hæmodynamische Studieu.* Berlin, 1909, s. 89.

41. Lindner. — *Mikroskopische Betriebskontrolle in den Gæhrungsgewerben*, Parey, Berlin, 6e éd., 1909.

SUR UNE FORME PARTICULIÈRE DE LUPUS ANNULAIRE, A STRUCTURE HISTOLOGIQUE PÉRI-PILAIRE

Par M. Jean PIÉRARD (de Bruxelles).
(Travail de la Clinique des maladies cutanées de la Faculté de Médecine de Strasbourg).
Professeur L.-M. Pautrier.

Malgré la diversité des types individualisés en tuberculose cutanée, on rencontre encore des lésions dont l'origine tuberculeuse ne fait aucun doute, mais auxquelles il est fort difficile d'assigner une place précise dans la classification. Parfois l'histologie résoud le problème, en faisant rentrer dans une variété connue la forme cliniquement anormale, mais il arrive que l'aspect clinique de la lésion et son image microscopique ne soient pas nettement superposables, et l'on peut constater que certaines lésions constituent des faits de passage entre deux formes voisines.

Au cours d'un séjour à la Clinique des maladies cutanées à Strasbourg, nous avons eu l'occasion d'observer un cas de cette espèce, — forme de transition entre le lupus vulgaire et les tuberculides péri-pilaires, — que M. le professeur Pautrier nous a confié pour mise au point. Que notre Maître veuille bien trouver ici l'expression de notre profonde gratitude pour l'extrême bienveillance qu'il nous a témoignée en maintes circonstances (1).

Observation clinique.

Il s'agit d'un garçonnet de 6 ans, l'aîné d'une famille de 3 enfants, nés à terme et bien portants ; le plus jeune est âgé de quelques jours seulement. L'enquête familiale ne révèle rien de spécial, il n'y a pas

(1) Je remercie également le docteur Woringer, chef du laboratoire d'anatomie pathologique de la clinique, pour l'aide qu'il m'a fournie dans l'utilisation du matériel histologique et pour le soin qu'il a apporté à la réalisation des microphotographies qui illustrent cet article.

d'antécédents bacillaires connus ni d'affections cutanées dans la famille. — Quant à l'enfant qui nous occupera, il n'a jamais été malade ; tout au plus a-t-il fait quelques bronchites sans importance au dire de la mère. Il paraît bien constitué, bien nourri sans embonpoint exagéré, le teint est bon.

L'affection actuelle aurait débuté il y a 9 mois par une petite pustule ; l'enfant est amené à la polyclinique en mai 1930, la lésion est étiquetée impétigo et traitée par une pommade qui en aurait assuré la guérison ; mais, dans la suite, se seraient développés tout autour du



Fig. 1. — Lésion évoluant depuis 9 mois, chez un garçonnet de 6 ans. — Atrophie cicatricielle centrale spontanée. — Bordure surplombant la cicatrice centrale et montrant des lupomes à la vitro-pression.

foyer initial quelques éléments consistant en papulettes rouges qui avaient tendance à s'étendre vers la périphérie tandis que le centre guérissait. Avec les premiers froids, ce processus se serait accentué et serait devenu plus apparent.

État actuel :

La lésion est située à la région temporale droite, à hauteur de l'arcade zygomatique, à 3 centimètres en avant du tragus. Du diamètre d'une pièce de 10 centimes en nickel, elle est circinée et d'aspect différent suivant l'endroit considéré.

Le centre, grand comme une pièce de 50 centimes à peu près, est déprimé, lisse, blanchâtre, brillant ; la peau y est manifestement amincie et cicatricielle. Le processus morbide y paraît éteint, la vitro-pression n'y révèle rien.

Tout autour court une bordure de 2 à 4 millimètres de large, un peu irrégulièrement découpée, ce qui donne à la lésion son aspect légèrement polycyclique. Cette bordure, de niveau avec la peau environnante, surplombe le centre et est couverte de quelques fines croûtelles et de petites squames blanches, adhérentes, non feuilletées et qui se fragmentent lorsqu'on les détache. Après ablation de celles-ci, on découvre une surface rouge, irrégulière, creusée de quelques petites dépressions visibles à la loupe et voisinant avec deux ou trois élevures minuscules, blanchâtres, rappelant des grains de milium. Tout le long du rebord postérieur et inférieur, la vitro-pression met en évidence un semis de petits grains qui ne dépassent pas les dimensions d'une tête d'épingle, d'un jaune sucre d'orge, translucides, tendant à confluer par places, franchement lupiformes.

Les ganglions ne sont pas engorgés, ni le préauriculaire, ni les sous-maxillaires.

L'aspect général de la lésion avec son bord polycyclique par extension périphérique, ses minuscules élevures perlées, son centre affaissé cicatriciel, rappellerait étrangement l'épithélioma plan cicatriciel, si l'âge de l'enfant et surtout la présence de ces grains lupiformes n'orientaient le diagnostic dans un sens tout différent.

L'intradermo-réaction à la tuberculine au 1/1.000^{e} donne lieu à une papule rouge fortement infiltrée, de 1 centimètre de diamètre, et persistant plus de dix jours après ; il n'y a pas eu de réaction de foyer. — Le Bordet-Wassermann et le Hecht sont négatifs.

Examen général :

Cœur : normal. — Poumons : à droite, percussion normale ; inspiration rude, expiration soufflante à timbre bronchique en dedans de l'omoplate ; transmission de la voix chuchotée le long de la colonne vertébrale et dans la région qui paraît soufflante.

Analyse d'urines : ni sucre ni albumine.

Examen radiologique du thorax : légère adénopathie hilaire gauche ; pas de nodules, pas de foyers.

Cliniquement, il était fort difficile de porter un diagnostic précis au sujet de cette lésion ayant débuté il y a neuf mois, s'étant traduite initialement par des lésions simulant l'impétigo (à moins qu'il n'y ait eu réellement impétiginisation de surface), aboutissant à une cicatrice centrale avec persistance d'une bordure en activité, pouvant faire penser grossièrement à un petit épithélioma perlé, mais où la présence de grains jaunâtres lupiformes, apparaissant par la vitro-pression, orientait invinciblement le diagnostic vers une forme anormale de lupus tuberculeux.

L'examen histologique s'imposait donc pour préciser le diagnostic.



Fig. 2. — Vue d'ensemble d'une biopsie faite en bordure des lésions. — Noter l'existence des bouchons cornés lamelleux s'enfonçant dans les entonnoirs folliculaires et de l'infiltrat dermique important, plus particulièrement groupé autour des follicules pileux.



Fig. 3. — Détail de la figure précédente, montrant la nature tuberculeuse de l'infiltrat péri-pilaire, constitué par des cellules géantes, des cellules épithélioïdes, des lymphocytes et quelques fibrocytes. — Cet infiltrat est ici largement étalé sur la droite d'un follicule pileux et, par son abondance, prend nettement l'aspect d'un lupome.

Examen histologique.

La biopsie a porté sur la partie inférieure de la lésion, débordant légèrement sur la peau apparemment saine. Au niveau de celle-ci, il n'existe guère qu'une infiltration discrète autour des vaisseaux.

Dans la région malade, l'épiderme est aminci dans sa totalité, sauf la couche cornée qui est d'épaisseur variable et donne naissance à des bouchons de constitution lamelleuse qui pénètrent dans les entonnoirs folliculaires, lesquels sont élargis jusqu'à former, à certains endroits, une espèce de kyste corné ; la couche granuleuse est réduite à une seule assise de cellules, le corps muqueux n'en comporte que 4 à 6.

Mais la lésion caractéristique siège dans le derme. Elle consiste en nodules d'infiltrat massifs et volumineux. Fait important à noter dès à présent, c'est la situation péri-pilaire de ces nodules. Ils s'étendent sur toute la hauteur du derme moyen, mais n'arrivent pas au contact de l'épiderme de recouvrement. Entre deux infiltrats voisins, le tissu conjonctif est presque normal.

Cet infiltrat a un aspect nettement tuberculoïde. Il est formé de nids de cellules claires englobés dans une masse de cellules plus foncées. A un plus fort grossissement, les nids sont constitués par des cellules épithélioïdes et par des cellules géantes. Celles-ci ne revêtent pas le type Langerhansien pur ; elles se présentent sous forme de cellules multinucléées, comportant de trois à six noyaux, mais dont l'ordonnance nucléaire n'est pas typique. Ces nids épithélioïdes sont entourés de cellules lymphocytiformes à noyau petit, foncé, mais irrégulier, et de quelques fibrocytes.

Le follicule pileux situé au centre de ces nodules réagit par la prolifération de son massif épithélial ; d'autre part, il est parcouru par des cellules lymphocytiformes immigrées, si bien qu'à certains endroits la limite entre l'épithélium folliculaire et le noyau inflammatoire devient assez indécise. La souffrance du follicule pileux se marque encore par l'absence fréquente de son poil et la formation, par endroits, de petites masses cornées qui le dilatent.

En dehors des nodules tuberculoïdes, le tissu collagène et le tissu élastique sont conservés. Toutefois, ce dernier présente un certain degré d'altération au niveau du derme supérieur où nous le trouvons, par places, ramassé en petits pelotons. — Ce qui frappe encore, dans le derme supérieur, c'est le nombre de capillaires dilatés situés entre l'épiderme et les nodules. Par ailleurs, les vaisseaux et les glandes sudoripares ne présentent guère qu'un peu d'infiltration banale.

En résumé, nous trouvons, dans le derme moyen, des nodules péri-pilaires assez volumineux à structure nettement tuberculoïde. Toutefois, à l'une des extrémités de la coupe, autour de l'abouchement ampullaire d'un follicule pileux dilaté et partiellement oblitéré par

un bouchon corné, on trouve un nodule d'infiltrat dont la structure cytologique est analogue à celle que nous avons précédemment décrite, mais qui s'étend sur la droite beaucoup plus loin que ne le font les autres nodules d'infiltrat péri-pilaire, et qui peut vraisemblablement s'expliquer par la présence, au voisinage du follicule pileux reconnaissable, d'une coupe tangentielle d'un second follicule pileux, lequel servait peut-être d'axe à un second nodule d'infiltrat juxtaposé au premier. En tout cas, ce nodule franchement tuberculoïde, avec sa nappe très importante de cellules épithélioïdes, déborde largement la structure habituelle des lésions péri-pilaires, et arrive à figurer un véritable lupome remontant presque jusqu'au contact de l'épiderme dont il n'est séparé que par une mince lame de collagène et par une mince couche de capillaires dilatés.

La présence de bacilles de Koch n'a pu être mise en évidence sur les quelques coupes où nous l'avons recherchée.

Discussion du cas.

L'existence de petits lupomes apparaissant cliniquement dans la bordure de la lésion et l'aspect histologique tuberculoïde de ce tissu restreignent considérablement le champ du diagnostic. Nous nous trouvons manifestement en présence d'une lésion qui rentre dans le cadre des tuberculoses — du lupus en particulier — ou de certaines formes de tuberculides. Déjà l'examen clinique, par la vitropression et l'absence de ponctuation cornée, nous permettait d'exclure le lupus érythémateux circiné ; nous éliminons également la lupoïde tubéreuse de Bœck au stade de cicatrisation centrale : chez cette dernière, la coloration est d'un brun livide, le centre atrophique est parcouru de fines télangiectasies, les lupomes sont moins translucides à la vitro-pression, mais surtout l'infiltrat se révèle, au microscope, constitué presque exclusivement de cellules épithélioïdes avec ou sans cellules géantes.

Mais si la présence clinique de lupomes oriente le diagnostic vers le lupus tuberculeux, il faut bien reconnaître que les lésions présentées par notre petit malade diffèrent sensiblement du lupus vulgaire. Leur symptomatologie est dominée par la cicatrice centrale et la disposition légèrement annulaire des lupomes vers la périphérie. Cet aspect fait aussitôt penser au lupus annulaire, circiné, observé par Brocq et Jacquet dès 1890. Dans son *Traité élémentaire de Dermatologie pratique*, Brocq décrit comme suit

cette forme particulière et du reste fort rare, de lupus vulgaire : « Avec Jacquet, nous avons observé une forme spéciale de lupus de la face (lupus annulaire), à marche extensive centrifuge et dont la lésion élémentaire reportée à la périphérie est constituée par une série linéaire de petits nodules transparents, comme perlés, presque tangents, formant une zone d'extension de 2 à 4 millimètres de large, indurée, un peu croûtelleuse, entourant la zone centrale qui est déprimée, légèrement cicatricielle. » Brocq ajoute que cette forme est remarquable par sa virulence et que les sujets qui en sont atteints succombent rapidement à la tuberculose.

De fait, si nous comparons cette description avec la lésion que porte notre petit malade, nous constatons que les deux images cliniques sont exactement superposables, et au point de vue clinique seul, on serait quasi-invinciblement amené à conclure à un lupus annulaire. Mais le problème se complique à nouveau si on l'aborde au point de vue histologique. En 1921, Rabreau, élève de Brocq et de Pautrier, consacre sa thèse de doctorat au lupus annulaire et en fait l'étude microscopique. Il confirme que « le lupus annulaire est constitué par des lésions ayant tous les caractères du tissu lupique, avec formation de tissu tuberculeux franc ; tantôt les lésions sont superficielles, n'occupant que le derme superficiel, comme dans le lupus plan, tantôt les lésions sont plus étendues, occupant le derme superficiel, le derme moyen et le derme profond, comme dans le *lupus tumidus non exedens.* » Les lésions importantes sont, d'une part, l'atrophie de l'épiderme, d'autre part, un infiltrat réparti soit sous forme de nodules plus ou moins volumineux séparés par des bandes de collagène modérément infiltrées, soit sous forme de nappes homogènes. Tantôt il arrive au contact de la basale, tantôt il en est séparé par une lame de tissu sain. Cet infiltrat, qui a l'aspect classique du follicule tuberculeux avec ou sans cellule géante, semble ordonné par rapport aux vaisseaux. Les glandes sébacées, les follicules pileux sont conservés ; par places, les glandes sudoripares sont entourées d'un manchon d'infiltration.

Cette description, on le voit, ne s'applique pas aussi étroitement au tableau histologique que nous avons esquissé. Ce qui caractérise celui-ci, c'est le siège surtout péri-folliculaire de l'infiltrat tuberculoïde, et, de même que l'aspect clinique orientait aussitôt le

diagnostic vers le lupus annulaire, de même l'aspect anatomo-pathologique évoque immédiatement celui du *lichen scrofulosorum*. Toutefois, chez ce dernier, la localisation péri-pilaire n'est pas absolument et exclusivement constante ; à côté de foyers péri-folliculaires, on peut en trouver accessoirement qui sont groupés autour de petits vaisseaux dermiques ; d'autre part, cet infiltrat est généralement plus pauvre, moins abondant, moins étalé latéralement que dans notre cas. Dans les tuberculides papulo-nécrotiques, le siège péri-folliculaire de l'infiltrat est possible, quoique rare ; mais on trouve, au centre de la lésion, une nécrose commandée par une lésion vasculaire que l'on peut considérer comme pathognomonique, et un infiltrat de voisinage groupé autour des vaisseaux.

Dans ces conditions, dans quelle catégorie des manifestations tuberculeuses cutanées pouvons-nous classer la lésion de notre petit malade ? Nous nous trouvons d'une part devant une lésion dont l'aspect clinique correspond en tous points avec la description qu'en ont faite Brocq et Jacquet, Elliot, Jadassohn, etc. ; d'autre part, devant une image histologique qui a tous les caractères du tissu lupique, mais avec cette particularité que ce tissu est groupé principalement autour des follicules pileux. Nous croyons pouvoir en conclure que nous nous trouvons devant une variété particulière, péri-folliculaire, du lupus annulaire, variété suscitée par le siège de ce lupus. Dans cette région riche en poils, on peut se demander, comme on le fait pour le *lichen scrofulosorum*, si cette localisation péripilaire n'est pas déterminée par l'ensemencement par voie sanguine des régions de la peau les plus richement vascularisées comme l'est le follicule pileux. L'insuccès de nos recherches pour établir la présence de bacilles spécifiques dans les infiltrats ne nous paraît pas un argument susceptible d'infirmer nos conclusions ; nous savons, en effet, combien, dans les lupus vulgaires les plus authentiques, présentant des infiltrats étendus, volumineux, largement répartis sur toute la hauteur du derme et pouvant même pénétrer dans l'hypoderme, il est difficile de mettre le bacille de Koch en évidence, et qu'il faut souvent examiner cinquante ou soixante coupes avant d'y découvrir un seul bacille acido-résistant.

Ajoutons que rien, jusqu'ici, dans l'état de santé du petit malade, état qui continue à être parfait, ne justifie le pronostic particulièrement sévère porté par Brocq à propos du lupus annulaire.

Bibliographie.

L. Brocq. — *Traité élémentaire de Dermatologie pratique.*
Chatin et Gastou. — Eruption circinée du front. *B. D. S.*, séance du 4 juillet 1901.
Elliot. — Lupus annularis. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1896, p. 476.
Jadassohn. — Die Tuberkulose der Haut in F. Mracek : *Handbuch der Hautkrankheiten*, IV[1], p. 166.
Lipschütz. — *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1911, p. 263, *W. D. G.*, 26 octobre 1910.
Ransome and Van Gieson. — An uncommon form of cutaneous tuberculosis. *Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, juillet 1895, p. 269.
R. Sutton. — A case of lupus annularis. *Journal of cutaneous diseases including Syphilis*, 1910, n⁰ 8.
R. T. Brain (for Dr W. J. O'Donovan). — Lupus annularis, in *Proceedings of the Royal Socie y of Medicine, Section of Dermatology*, August 1928.
Lewandowski. — *Tuberkulose der Haut.*
Gans. — *Histologie der Hautkrankheiten.*

ANALYSES

des principaux travaux reçus en avril 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Urétrites gonococciques et non gonococciques, par P. Asch. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 4, avril 1929, p. 241, 6 fig.

C'est toute la question des caractères du gonocoque que l'auteur discute dans ce mémoire où il reporte à ses travaux de 1911 sur les porteurs de gonocoques. Ces porteurs ne présentent pas le moindre signe clinique manifeste de blennorragie, et répandent la maladie. Il a vérifié que les gonocoques peuvent se maintenir dans un urèthre qui, à l'uréthroscope, paraît normal, sans provoquer la moindre inflammation de l'urèthre. Ces gonocoques peuvent s'y rencontrer sans leucocytes.

Dès 1914, il a insisté sur les formes dégénérées du gonocoque, formes rondes ou en petits grains, micro-gonocoques et macro-gonocoques. Les micro-gonocoques sont intraleucocytaires, intraépithéliaux, Gram négatifs et correspondant au début de la blennorragie. Les macro-gonocoques sont des boules parfois 5 à 8 fois plus grandes qu'un norma-gonocoque qui apparaissent à la fin de la blennorragie. Une injection forte de vaccin gonococcique chez des malades présentant de tels germes permet de trouver 7 ou 8 jours après dans la sécrétion uréthrale redevenue forte des norma-gonocoques. Ce retour à leur forme normale suffit à les caractériser.

A. discute encore les résultats si variés suivant les auteurs de la spermoculture, et sa surprise de l'action remarquable des auto-vaccins dans de tels cas alors que le vaccin ne donne guère de résultats dans les formes normales. Le nombre des résultats positifs varie de 40/0 à 80 0/0 suivant les auteurs, et A. se rallie à l'opinion de Janet qui déclare impossible ces 80 0/0.

Tous ces faits rendent difficile la prophylaxie biologique de la blennorragie. Pour lui, les gonocoques ne sont pas « tellement hermétiquement séparés ou séparables des autres cocci habitant soit l'urèthre masculin, soit le système urogénital de la femme ». Cederkreutz est aussi d'avis que certains diplocoques Gram positif peuvent devenir Gram négatifs et pathogènes. Pourquoi alors, dit-il, ne pas tenter d'un vaccin fait des différents microbes qui se trouvent à l'état saprophyte dans le système urogénital de la femme ?

H. Rabeau.

A propos d'un cas de leucoplasie vésicale d'origine syphilitique, par R. Valverde. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 4, avril 1931, p. 257, 2 fig.

La leucoplasie vésicale est une maladie rare qui peut être parfois d'origine syphilitique. V. donne l'observation d'un malade de 29 ans qui, ayant eu une blennorragie deux ans auparavant, vient le consulter pour une uréthrite chronique. Il ne se plaignait d'aucun trouble viscéral. L'examen systématique de la vessie montra dans la région allant du col vésical à l'orifice uréthral une grande plaque leucoplasique. Le malade se plaignant de douleurs ostéocopes, et présentant une réaction ganglionnaire généralisée, on fait le Wassermann qui est positif. Un traitement spécifique intensif institué amena une disparition de cette plaque leucoplasique. — Devant ce résultat, V. conseille de tenter un traitement d'épreuve spécifique lorsqu'on sera en présence de leucoplasie vésicale.

H. Rabeau.

Un cas d'embolie fessière à la suite d'injection de sel soluble de bismuth, par M. Burnier. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 4, avril 1931, p. 268.

Cette observation d'une embolie fessière consécutive à une injection de carbo-camphorate de bismuth soluble dans l'huile, injection parfaitement indolore, faite au siège d'élection, en deux temps, montre que les sels solubles ne mettent pas à l'abri des embolies artérielles comme on l'espérait lors de leur apparition. L'huile seule, comme cela avait été observé (Brocq, Milian), peut déterminer cet accident.

H. Rabeau.

La vésicule préérosive du chancre syphilitique de la muqueuse génitale, par Hissard. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 4, avril 1931, p. 271.

H. a eu l'occasion d'observer près d'une minuscule érosion de la muqueuse génitale d'une jeune femme, érosion fourmillant de tréponèmes, une vésicule opaline à peine tendue. Le lendemain, cette vésicule s'était rompue et l'érosion contenait en abondance le tréponème.

H. Rabeau.

Archives de l'Institut prophylactique (Paris).

Pour l'extinction de la syphilis en France, par A. Vernes. *Archives de l'Institut prophylactique*, t. III, n° 1, 1er trimestre 1931.

Quatre obstacles encore, dit V. :

1° La survivance de préjugés qui, à l'origine de tous les efforts médicaux, compliquent énormément la tâche ;

2° L'utilisation d'un mauvais matériel ;

3° L'utilisation de documents fantaisistes, dans lesquels tout esprit de méthode est absent ;

4° L'idée qu'on peut tirer une conclusion d'un document photométrique isolé. On isole un point de la courbe, au lieu de suivre cette courbe d'évolution.

V. rappelle ses principes de syphilimétrie.

H. Rabeau.

Bulletin Médical (Paris).

Les cures hydrominérales en Dermatologie, par A. Boutelier. *Bulletin Médical,* 45e année, n° 17, 25 avril 1931, p. 292.

Courte revue générale sur les principales médications des cures thermales en dermatologie, suivant qu'on veut agir localement ou indirectement en modifiant le terrain. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris.

Hydroa vésiculeux consécutif à un zona, par Lortat-Jacob, P. Legrain et Solente. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3 juin, 47e année, n° 12, 6 avril 1931, p. 553.

Malade de 29 ans qui, 10 jours après le début du zona, présenta un hydroa, avec lésions typiques à la face dorsale des mains, à la face externe des avant-bras, à la face antérieure des poignets et à la face antérieure des cuisses ; en outre, bulles sur les lèvres, les joues ; lésions érosives du gland.

L'existence de zona et d'hydroa a été déjà relatée. Le zona paraît avoir quelques relations avec l'érythème polymorphe. Les auteurs rappellent que les éruptions à type d'érythème multiforme peuvent affecter uniquement ou non une disposition zostéroïde. En outre, certaines éruptions à type de zona peuvent naître dans les mêmes circonstances que certaines autres à type d'érythème multiforme.

H. Rabeau.

Un cas français de pellagre avec paraplégie, par G. Guillain, P. Mollaret et J. Lereboullet. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris,* 3 juin, 47e année, n° 13, 27 avril 1931, p. 597.

Il s'agit d'une paysanne de l'Oise, âgé de 53 ans, qui avec des signes d'asthénie générale, présente sur les parties découvertes du corps une éruption érythémato-bulleuse ayant laissé des cicatrices très particulières et chez laquelle apparaît deux ans plus tard une paraplégie spasmodique lentement progressive. Les auteurs insistent sur l'absence d'un facteur étiologique classique de la pellagre. Ils pensent que la malade a été photosensibilisée soit par un produit alimentaire, soit par un corps toxique et que c'est là l'origine de son syndrome pellagroïde.

H. Rabeau.

Polyomyélite antérieure chronique syphilitique à forme pseudo-myopathique, par L. Harvier, J. Decourt et A. Lafitte. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, n° 13, 27 avril 1931, p. 604.

Chez une jeune femme de 28 ans s'est développée depuis 3 ans une atrophie musculaire progressive dont la symptomatologie rappelle par bien des points celle des myopathies. Des signes associés de syphilis nerveuse ont fait penser à une forme pseudo-myopathique de poliomyélite antérieure chronique. L'examen électrique confirma ce diagnostic, éliminant l'association fortuite d'une syphilis nerveuse avec une myopathie. H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

Présentation d'un malade atteint depuis quatre ans d'eczéma généralisé et guéri en 10 jours par trois injections d'hémocrinothérapie orchitique, par G. Rosenthal et Filderman. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris*, n° 7, séance du 10 avril 1931, p. 219.

Eczéma datant de 4 ans disséminé sur les différentes parties du corps, mais plus marqué aux mains et aux avant-bras, guéri par des injections d'extrait orchitique à la dose de 2 grammes mélangés à une dizaine de centicubes de son propre sang. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Sur le rôle de la sensibilisation dans les accidents de l'arsénothérapie, par J. Gaté, H. Thiers et P. Cuilleret. *C. R. Société de biologie*, t. CIV, n° 11, 16 avril 1931, pp. 1031-1033.

Étudiant parallèlement la sensibilité des malades aux arsenicaux par l'intradermo et la cuti-réaction et d'autre part recherchant chez eux l'anaphylaxie passive transmissible au cobaye, les auteurs concluent d'une douzaine d'observations à l'impossibilité de séparer rigoureusement les accidents anaphylactiques des accidents toxiques. Les uns et les autres semblent s'entremêler, bien que généralement les accidents de sensibilisation soient précoces et les accidents toxiques tardifs. Des divergences constatées entre l'anaphylaxie passive et les tests cutanés ne sont guère interprétables. A. Bocage.

Réticulocytose au cours de la maladie de Hodgkin, par C. M. Laur. *C. R. Société de biologie*, t. CIV, n° 12, 24 avril 1931, pp. 1147-1148.

Dans 4 cas de cette affection, l'auteur a constaté respectivement 5,5, 6,6, 7, 11 o/o d'hématies granulo-filamenteuses mises en évidence par la coloration vitale (la normale est de 0,3 à 1 o/o).

A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Quelques observations de syphilis gastrique, par L. Langeron. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques*, t. CII, 8e cahier, 15 avril 1931, art. n° 2899, p. 291.

La syphilis gastrique peut revêtir les aspects les plus divers ; bien souvent, c'est la présence d'autres manifestations cliniques spécifiques, les résultats de l'épreuve du traitement qui permettent d'affirmer ce diagnostic. Voici trois observations :

Observ. I. — Femme de 68 ans, atteinte d'aortite spécifique qui meurt au cours d'une crise angineuse. L'autopsie montre une syphilis gastrique à forme pseudo-tumorale et sténosante restée complètement latente.

Observ. II. — Homme de 63 ans, présente une laryngite et des vomissements. L'examen laryngoscopique montre une laryngite hypertrophique avec parésie des cordes vocales. Le Bordet-Wassermann est positif. La radiographie révéla une forme pseudo-tumorale avec rigidité de la petite courbure. Amélioration par le traitement spécifique.

Observ. III. — Une femme de 54 ans a des crises douloureuses gastriques sans rapport avec l'alimentation. La radiologie montre une douleur localisée à la petite courbure et une niche permanente. Le malade présente une éruption de syphilides secondo-tertiaires, un Bordet-Wassermann fortement positif. Il s'agit d'une forme *ulcéreuse* de syphilis gastrique. Le traitement spécifique sans aucun régime fait céder les signes fonctionels. L'examen radiologique permet de constater un comblement partiel de la niche ulcéreuse. H. Rabeau.

Journal Médical Français (Paris).

Le froid en dermatologie, par P. Lanzenberg. *Journal Médical Français*, t. XX, n° 3, mars 1931, p. 88.

Excellente revue générale dans laquelle l'auteur envisage successivement les dermatoses provoquées par l'action brutale du froid, et celles survenant sous son action chronique et lente. Puis il montre l'action des troubles circulatoires de stase provoqués par le froid, favorisant la localisation d'une autre dermatose, particulièrement la tuberculose cutanée ; enfin les sensibilisations au froid dont le type est l'urticaire *a frigore*. H. Rabeau.

Les bienfaits du froid. Les applications médicales et biologiques des basses températures, par Lortat-Jacob et Camille Simonin. *Journal Médical Français*, t. XX, n° 3, mars 1931, p. 96.

Dans le procès du froid, L.-J. et S. ont le rôle d'avocats du froid, et leur défense est brillante. Ils passent d'abord en revue toutes les applications hygiéniques du froid ; conservation des denrées périssables, rafraîchissement des locaux d'habitation, etc. Puis ils étudient ses applications médicales : rôle antiphlogistique, analgésique, thérapeutique (cryothé-

rapie), rôle biologique, conservation des greffes et des tissus, des sérums et des vaccins, etc.

Quand on parle des méfaits du froid, disent-ils, il faut songer surtout à ses complices : l'humidité, la fatigue, la sous-alimentation. Voilà les véritables coupables qu'il faut dénoncer pour les combattre.

H. Rabeau.

Paris Médical.

Syndrome aortico-gastrique chez un syphilitique, par P. Harvier et J. Caroli. *Paris Médical*, 21e année, no 17, 25 avril 1931, pp. 389 à 392.

Homme de 49 ans, hospitalisé pour une dyspnée intense avec défaillance cardiaque qui présentait une matité de bois de tout l'hémithorax antérieur droit correspondant à une énorme dilatation aortique. A l'autopsie, anévrisme fusiforme très étendu dont le tour atteignait 30 centimètres au voisinage du cœur. C'est l'autopsie qui révéla une lésion de l'estomac extraordinairement polymorphe comportant : 1° une tumeur fibreuse du pylore à forme de linite ; 2° un placard de sclérose sous-péritonéale de la partie moyenne de la grande courbure, ébauchant une sténose médio-gastrique ; 3° deux petits ulcères de la petite courbure, l'un type ulcus de Cruveilhier, l'autre sous forme de cicatrice étoilée ; 4° une transformation leucoplasique de la muqueuse du cardia. Histologiquement, peu de lésions artérielles, pas d'infiltrations gommeuses, en somme rien qui permit d'affirmer la nature syphilitique des lésions ; pas de tréponèmes.

Les auteurs à propos de cette observation rapprochent la syphilis gastrique de la syphilis pulmonaire dont les lésions anatomiques ne sont pas toujours très caractéristiques.

A. Bocage.

Radiodermite ulcéreuse de la région balano-préputiale guérie en une seule séance par la diathermo-coagulation, par H. Bordier. *Paris Médical*, 21e année, no 17, 25 avril 1931, pp. 401-402.

Le malade avait été traité en 1923 et avait reçu en 4 mois un total d'environ 25 H. A la fin de la même année une radiodermite s'installa qui progressa lentement jusqu'au mois d'août 1930, époque où de nouvelles ulcérations se creusent occasionnant des douleurs intolérables. La coagulation fut faite sous anesthésie régionale ; les douleurs cessèrent immédiatement, la cicatrisation fut complète en un mois.

A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Une méthode simplifiée de la réaction de fixation du complément basée sur l'emploi de couple hémolytique antihumain, par R. Musso. *Presse Médicale*, 39e année, no 26, 1er avril 1931, p. 473.

M. a expérimenté pendant 10 ans la technique qu'il propose. Elle utilise le complément naturel du malade et ses propres globules non

lavés, non séparés du sérum à examiner, et un sérum antihumain chauffé. Dans le premier temps de la réaction, on détermine dans un tube témoin le couple hémolytique. Dans le deuxième temps, on ajoute la quantité de sérum antihumain déterminée. Cette réaction est, dit-il, d'une sensibilité plus grande que les méthodes classiques, elle évite l'addition d'albumine étrangère dans le premier temps de la réaction. Elle est de simplicité extrême, et supprime complément de cobaye et globules de mouton. H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Syphilome du cæcum, par Ismael M. Hernandez et Donato Vivoli. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. II, n° 3, mars 1931, p. 241.

Un malade, atteint de lésions de l'appareil cardio-aortique, présente une tumeur du cæcum ayant des caractères de malignité. L'étude histopathologique permet de rapporter les deux affections à une même cause : la syphilis tertiaire.

Les auteurs concluent avec Fournier, que la syphilis intestinale est presque toujours une manifestation tardive du tertiarisme, fréquemment accompagnée d'autres manifestations de même ordre.

J. Margarot.

La Loire Médicale.

Surinfection ou réinfection syphilitiques, par Ch. Laurent et V. Minaire. *La Loire Médicale*, 45e année, n° 4, avril 1931, p. 145.

Les auteurs ont dépouillé leurs fiches concernant l'observation clinique de 3.000 syphilitiques. Ils ont trouvé 6 cas susceptibles d'être interprétés comme réinfection de syphilis, soit 2 o/oo. L. et V. admettent, qu'à leur avis, il s'agit vraiment de réinfections. Ils se basent sur le long intervalle séparant les deux infections, ce qui permet d'éliminer le chancre redux et la syphilide secondaire chancriforme.

Ces cas se sont produits toujours chez des sujets soignés à la période présérologique et ayant été énergiquement et longuement traités.

Jean Lacassagne.

Marseille Médical.

Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires, par Mazet et Daumas. *Marseille Médical*, 5 mars 1931, p. 297 à 311.

Les auteurs apportent une observation complète d'un malade de 26 ans ayant contracté un chancre syphilitique pour lequel il est traité à Nice par du cyanure, du Quinby et du novar. En raison d'un ictère ancien (4 ans), la dose de novar n'a pas dépassé o gr. 3o.

Vingt jours après la dernière injection de novar, le malade présente

des gingivorragies assez abondantes, qui sont continues. On note aussi un peu de mélæna. Peu de jours après, la fièvre apparaît.

L'examen montre sur une amygdale très infiltrée une ulcération nécrotique d'une dimension d'une pièce de 1 franc, avec adénopathie sous-maxillaire gauche. Température : 39°5 ; tension : 13,5. Pas de signes méningés.

Première numération sanguine : hématies : 1.000.000 ; leucocytes : 5.100 ; 10 o/o de polynucléaires.

Malgré 3 transfusions de 350 grammes, 4 jours après la numération montre une augmentation de la leucopénie (2.100) avec 4 o/o de polynucléaires. Le lendemain, il n'y a plus que 1.000 leucocytes.

Les transfusions deviennent impossibles, le sérum du malade lysant les hématies de 10 donneurs. L'hémoculture est négative.

Malgré un traitement général, un traitement radiothérapique sur os longs de R., l'état s'aggrave. Une nouvelle numération donne 600 leucocytes et le malade meurt le lendemain.

L'autopsie n'a rien montré de particulier : rate (250 grammes) macroscopiquement et histologiquement saine.

Il a été inoculé avec le sang du malade 2 cobayes et 1 lapin, tous les animaux ont subi un amaigrissement important. On a noté une certaine leucopénie, mais sans agranulocytose.

Les auteurs pensent que dans leur cas, l'étiologie toxique de l'agranulocytose n'est pas absolument certaine et ils admettent l'éclosion sur un terrain affaibli par une série de novar, d'une infection bucco-pharyngée, responsable des troubles sanguins.

Une bibliographie importante termine ce travail.

P. Vigne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

La réaction d'éclaircissement de Meinicke, méthode pratique et facile pour le séro-diagnostic de la syphilis (Die Meinickesche klärungsreaktion, eine sehr brauchbare und leistungfähige Untersuchungsmethode für die serologische Syphilisdiagnose), par L. Hauck. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 379.

H. a examiné 1.956 sérums par la méthode originale de Wassermann, par la réaction d'opacification de Meinicke et la réaction d'éclaircissement du même auteur. Il a obtenu 91,2 o/o de concordances. Sur 413 sérums syphilitiques, concordance complète dans 65,6 o/o des sérums ; la réaction d'éclaircissement s'est montrée supérieure à la réaction de Wassermann dans 29 o/o des sérums, et supérieure à la réaction d'opacification dans 13 o/o des sérums. Elle a été inférieure dans 5,6 o/o seulement. H. a constaté 0,5 à 0,76 o/o de réactions d'éclaircissement non spécifiques. La simplicité de la technique, le faible pourcentage de réaction non spécifiques et la facilité de lecture font de la réaction d'éclaircissement un procédé à utiliser à côté de la réaction de Wassermann, et de valeur comparable. L. Chatellier.

Étude de deux réactions d'immunité dans la blennorragie (Beiträge zu zwei Immunitätsreaktionen der Trippers), par W. Schönfeld et F. Marquardt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 385.

Les antigènes habituels sont impropres à la recherche d'une réaction de déviation dans le liquide céphalo-rachidien. On ne peut donc tirer aucune conclusion d'une réaction positive dans le liquide. Les conséquences qu'en a tiré Green sont à rejeter.

Par injection systématique dans la veine ou la peau de vaccins antigonococciques, on obtient, chez les sujets indemnes de blennorragie et à sérum négatif, un certain pourcentage de réactions positives. Des vaccins employés, le vaccin à gonocoques humains (c'est-à-dire obtenus directement de l'urèthre masculin, sans passage sur culture) s'est montré le plus actif. Ce procédé sérologique pourrait servir à évaluer la valeur des différents vaccins, au lieu de se contenter de la numération des germes par centicubes et du nombre des souches associées. Le vaccin à gonocoque humain, injecté dans la peau, détermine, souvent, au bout de 72 heures, une réaction positive. Cette cuti-réaction va fréquemment de pair avec la réaction de déviation du complément.

Cuti-réaction et réaction de déviation n'ont guère de valeur pour le diagnostic de la guérison, dont la meilleure épreuve est l'examen microscopique : elles peuvent persister après la guérison. L'action thérapeutique de l'injection intradermique n'est pas établie.

L. Chatellier.

Sur la découverte directe du bacille tuberculeux dans le lupus pernio et la sarcoïde de Bœck (Ueber den direkten Tuberkelbazillennachweis beim Lupus pernio und beim Sarkoid Bœck), par O Dittrich. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 395.

Sarcoïde de Boeck et lupus pernio sont deux localisations de la même affection. Haxthausen considère la sarcoïde de Boeck comme la lésion des parties froides, et le lupus pernio comme une simple forme de cette affection. Cependant, il existe des sarcoïdes dans d'autres territoires que les parties froides du corps. Les différences cliniques et histologiques entre les deux maladies sont peu marquées. Dans deux observations, l'une concernant une sarcoïde de Boeck, l'autre un lupus pernio, D. a mis en évidence, par la méthode de Ziehl, des bacilles de Koch dans les coupes. L'argument tiré des réactions à la tuberculine n'a pas de valeur, comme l'a déjà montré Martenstein. Les lymphocytes jouent un rôle important dans la réaction à la tuberculine.

L. Chatellier.

Le traitement de la blennorragie féminine par le pyrifer (Die Behandlung der Trippers bei Frauen mit Pyrifer), par J. Hamel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 404.

H., après Janson, Stumpke, etc., a étudié l'utilité du pyrifer dans le traitement de la blennorragie féminine (Je rappelle que le pyrifer est un produit pyrétogène très actif extrait de cultures bactériennes). Injec-

tion intraveineuse bi-quotidienne. Réactions hyperpyrétiques régulières et violentes. Sur 23 femmes traitées par le pyrifer seul, 34,8 o/o de guérison ; la proportion (sur 15 autres sujets) est montée à 75,3 o/o quand le pyrifer a été associé à d'autres méthodes. Il faut donc le considérer comme un bon adjuvant. Ch. Audry.

Sur la fréquence de la blennorragie rectale (Zur Haufigkeit der Rektumgonorrhoe), par G. Klövekorn. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 410.

En 1925, à la clinique de Bonn, sur 100 femmes (dont 21 fillettes) atteintes de blennorragie, 19 fois le rectum était infecté chez les adultes et 11 fois chez les fillettes. En 1930, sur 90 femmes blennorragiques, 58 avaient une blennorragie rectale et 7 fillettes sur 10.

L'infection se fait par auto-inoculation ou par le coït anal.

Traitement par les sels d'argent et, en particulier, par les suppositoires de protargol à 10 o/o. Ch. Audry.

La réaction de la sueur humaine (Die Reaktion der menschlichen Schweisses), par K. Mayr. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 412, 8 tableaux.

La réaction de la sueur a suscité de nombreux travaux. Les recherches récentes ont montré que la sueur totale a une réaction assez constante (*p*H entre 6 et 7) ; mais il existe des variations qui tiennent à l'origine de la sueur (dans l'aisselle, alcalinité faible (glandes apocrines), sur la face et les autres régions, acidité), de l'agent provocateur (la chaleur donne une sueur plus acide que la pilocarpine).

M. s'est attaché surtout à étudier les variations du *p*H de la sueur quand on fait varier le *p*H sanguin. Il a alcaliné le milieu sanguin par absorption de grosses quantités de bicarbonate de soude. Il a constaté une alcalinisation de la sueur (aisselle et poitrine). En comparant l'alcalinisation de l'urine et de la sueur, M. a constaté un parallélisme entre les réactions des deux liquides, l'alcalinité de l'urine étant bien plus précoce. De ces recherches, on peut conclure que la réaction de la sueur peut subir des variations plus ou moins sensibles. L'acidité n'est ni constante ni de règle. Elle diminue quand la quantité sécrétée augmente.

L. Chatellier.

Traitement médicamenteux du lupus vulgaris (Zur Arzneimittelbehandlung der Lupus vulgaris), par H. Rock. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 421.

En associant les applications externes d'onguent gris et l'administration à l'intérieur de préparations siliciques (en particulier infusion d'*equisetum arvense*, etc.), on obtient des améliorations remarquables et parfois même la guérison du lupus vulgaire. La méthode est facile, mais longue, et donne souvent des échecs. Elle a surtout un intérêt de curiosité. Ch. Audry.

Sur le traitement de la blennorragie par la malariathérapie (Augenblickliches urtiel über die Behandlung der weiblichen Gonorrhöe durch Impfmalaria), par O. Nast et W. Riede. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 427.

D'après 68 observations, la méthode est active : disparition des gonocoques dans 80 o/o des cas ; la leucorrhée disparaît ; les complications guérissent, etc. Mais on ne sait rien de certain sur la durée du résultat ; le traitement est très difficile ; il nécessite l'hospitalisation, etc. C'est surtout au point de vue de l'étude de la malariathérapie en général et de ses interprétations que ces cas sont intéressants. Les auteurs ne conseillent nullement de considérer la malariathérapie, malgré son efficacité relative, comme un traitement pratique de la blennorragie féminine.

Ch. Audry.

Faut-il traiter l'érysipéloïde par le sérum du rouget (du porc) ou l'irradiation ultra-violette intensive (Rotlaufserumbehandlung oder Höhensonnenintensivbestrahlung der Erysipeloïds), par Mühlpfordt. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 445.

Deux cas où l'injection de sérum de rouget du porc ont eu sur l'érysipéloïde une action très inférieure à celle de l'irradiation intensive. M. avait antérieurement traité 37 cas d'érysipéloïde par la même méthode (2 à 6 séances). Non seulement la méthode est plus efficace, mais encore elle n'offre pas les inconvénients lointains de la sérothérapie.

Ch. Audry.

Étude expérimentale et clinique sur le traitement oblitérant des varices (Experimentelles und klinisches über Krampfaderverödung), par J. Dorfell. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 477.

Les solutions de sucre de canne et de sel de cuisine sont d'excellentes préparations ; mais le Lugol présente quelques avantages : rapidité de la contraction vasculaire, indolence, peu de réaction inflammatoire ; action presque spécifique sur les ulcérations.

Ch. Audry.

Sur l'hétérochromie des cheveux (Ueber Heterochromie der Haare), par A. Brauer. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 438, 1 fig.

B. décrit chez deux jumelles une hétérochromie presque identiquement symétrique, et frappant les cheveux. Cette modification de la couleur ou hétérochromie des cheveux est un caractère idiotypique et constitue un nævus (*N. heterochromicus pilorum*). La variabilité des nævi et de maintes autres affections cutanées d'origine germinative, portant sur l'intensité, les dimensions, la forme et la localisation des efflorescences, doit être imputée à des altérations du plasma germinatif, quand elle n'est pas la conséquence d'une division cellulaire inégale.

L. Chatellier.

Le diagnostic de la blennorragie assuré en pratique par la réaction de déviation et la culture (Zur Sicherung der gonorrhœ-diagnose inder allgemeinen Praxis durch die Komplementbindungsreaktion und des Kulturverfahren), par S. Silberstein. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 465.

Après avoir rappelé les difficultés et les insuccès du traitement antiblennorragique, S. rapporte l'observation d'une femme où le diagnostic de la blennorragie a pu être fait seulement par la sérologie et la culture de la sécrétion cervicale. Les examens microscopiques et les signes cliniques étaient restés négatifs. Pour transporter au laboratoire les tubes ensemencés, S. a employé une petite bouteille thermos où l'eau était remplacée par de l'ouate mouillée avec de l'eau chaude et réalisant une température de 37°.

L. Chatellier.

Expérimentation montrant que l'action du salvarsan dépend de l'état du système réticulo-endothélial (Tierexperimenteller Beitrag zur Abhangigkeit des Salvarsanseffektes vom Zustand des retikuloendothelialen Systems), par C. Schumacher. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 469.

Pour étudier chez l'animal l'action du néosalvarsan, S. a inoculé la fièvre récurrente, qu'il traite par le néosalvarsan. Sur les animaux (souris) dont le système réticulo-endothélial a été bloqué par injection de saccharate de fer et sur les animaux bloqués et splénectomisés, la fièvre récurrente évolue avec plus de sévérité que sur les animaux non bloqués. Les doses moyennes de néosalvarsan sont toxiques pour les premiers. Après injection intraveineuse de néosalvarsan, la teneur en As du sang est bien moindre chez les souris bloquées, ou splénectomisées après bloquage. Ce fait explique l'efficacité moindre du néosalvarsan chez les animaux bloqués. Cette diminution est-elle la conséquence immédiate du bloquage ou bien la conséquence médiate de l'exaspération de la toxicité du salvarsan ? Par injection sous-cutanée, on ne constate aucune différence dans le taux de l'arsenic du sang entre animaux bloqués et les autres. Mais l'action nocive directe de l'arsenic par voie sous-cutanée est évidente, car un tiers seulement de la dose toxique intraveineuse est supporté. Les animaux bloqués se montrent, là encore, plus sensibles que les autres.

L. Chatellier.

Détermination quantitative et qualitative du sébum humain (Quantitative und qualitative Bestimmung des menschlichen Hauttalges). par Reinhold Pachur. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 485.

Sur le front, la peau saine fournit 0,4-0,48 milligrammes de graisse pour 4 centimètres carrés. Le taux s'élève à la puberté et diminue avec l'âge.

Chez les malades atteints de séborrhée, l'eczéma, les folliculites et l'acné, la teneur en graisse de la peau même saine s'élève. Elle diminue dans la séborrhée sèche et l'acrodermatite atrophiante. La graisse enlevée

par simple essuyage se reforme vite ; mais après dissolution par l'éther le remplacement est plus lent. Le sébum est constitué de 88,26 o/o de graisse neutre, 4,2 o/o d'éthers de cholestérine, de phosphatides et de savon, de 7,54 o/o de cholestérine.

L. CHATELLIER.

Recherches comparatives sur la réaction de Wassermann et la réaction d'opacification de Meinicke (Beitrag zur den Vergleichsuntersuchungen der Wa. R. und der M. T. R.), par L. ABRAMSON. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LX, fasc. 6, avril 1931, p. 491.

Sur 2.865 sérums, résultats concordants dans 95 o/o des cas. Dans les syphilis récentes, supériorité de la réaction de Wassermann. Il y a nécessité d'examiner les sérums par la réaction de Wassermann et une réaction de floculation. La réaction d'opacification mérite d'être conservée, bien qu'il semble que la réaction d'éclaircissement de Meinicke et celle de Kahn soient appelées à la remplacer.

L. CHATELLIER.

Fortschritte der Medizin (Berlin).

Influence des modes féminines sur la peau (Einfluss der Frauenmode auf die Haut), par R. FRÜHWALD. *Fortschritte der Medizin*, 8 avril 1931, p. 311, 17 fig.

Dans cette amusante petite revue, F. réunit un grand nombre d'anecdotes variées sur les accidents cutanés innombrables entraînés par les caprices de la mode : tonsure de la nuque, teinture et décoloration des cheveux, fard, crayons, substances destinées à faire briller les yeux, dermatites en breloque par les lotions parfumées, poudres de toilette, traces pigmentaires laissées par le soutien-gorge, empreinte de bracelet, déformations, ulcérations, œdème, cors causés par la chaussure, etc., etc.

CH. AUDRY.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Un cas de varus nodulosus de Brooke (Ein Fall von varus nodulosus Brooke), par F. v. VERESS. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 14, 4 avril 1931, p. 481, 1 fig.

Il s'agit d'une lésion décrite sous ce nom en 1906 par H. G. Brooke qui en avait rencontré 6 cas, et dont v. V. a réuni 9 cas publiés avant le sien propre, recueilli chez un homme de 37 ans, tuberculeux. La maladie datait de 3 mois et consistait en nodules rougeâtres, indolents, disséminés sur la face, et à structure histologique tuberculoïde. Le *varus nodulosus* ne peut guère être considéré que comme une variété d'acnitis (Barthélémy), et rentre dans le groupe des tuberculides papulo-nécrotiques.

CH. AUDRY.

Le régime riche en vitamine dans le traitement des infections staphylococciques de la peau (Vitaminfütterung bei Staphylokokkeninfektion der Haut), par M. SCHUBERT. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 14, 4 avril 1931, p 486.

Chez les lapins dont la nourriture contenait une forte proportion de vitamines B et D (Levurinose Blaes, Vigantol) et de vitamine A, et chez les lapins traités par les injections de sels de calcium et la vaccination, Pfannenstiel et Scharlau ont constaté une augmentation de la résistance aux infections staphylococciques provoquées. S. a repris les expériences avec le vigantol, la levurinose Blaes, le calcium Sandoz et l'iodate sulfureux D3. Isolés ou associés, ces corps administrés *per os*, n'ont pas semblé avoir d'influence sur l'évolution de l'infection staphylococcique cutanée des lapins. Les résultats, chez l'homme, ne sont pas supérieurs à ceux des autres méthodes. L'excès de vitamine n'est pas sans danger chez l'homme (hypervitaminose et rétention calcique).

L. CHATELLIER.

Le régime riche en vitamine dans le traitement des infections staphylococciques de la peau (Réponse au travail du même nom de M. Schubert) (Vitaminfütterung bei Staphylokokkeninfektion der Haut (Stellungnahme zu der verstehenden gleichnamigen Arbeit M. Schuberts), par W. PFANNENSTIEL. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 14, 4 avril 1931, p. 489.

P. enregistre la différence entre les résultats de Schubert et ceux qu'il a obtenus avec Scharlau. Elle tient d'abord à la différence entre les doses employées, très fortes dans ses expériences, trop faibles dans celles de S. ; puis à la différence des modes d'administration du Ca, qu'il injecte par voie veineuse, tandis que S. le donne par la bouche. Enfin S. n'a pas employé la vaccination à doses croissantes que lui Pfaunenstiel, utilise toujours. L. CHATELLIER.

Utilisation des cultures dans la blennorragie de la femme (Ueber das kulturverfahren bei der weiblichen Gonorrhœ), par W. HAUPTMANN et G. PHILADELPHY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 14, 4 avril 1931, p 495.

Les auteurs ont fait 1.257 cultures de pus provenant de 308 métrites. 106 fois, ils ont obtenu des gonocoques ; dans 9 de ces cas, l'examen microscopique (peut-être insuffisant) avait répondu négativement. La méthode des cultures serait donc un peu supérieure (sur ascite-agar).

CH. AUDRY.

Lupus vulgaire avec réaction générale et locale exceptionnelle (Ein Fall von Lupus vulgaris mit besonders auffallender spezifischer Allgemein- und Herdreaktion), par K. KAUCZYNSKI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 15, 11 avril 1931, p. 525, 3 fig.

Une femme de 28 ans, syphilitique traitée, présente depuis plusieurs années des territoires disséminés de lupus (tête, cou, dos, membres). Cette malade avait subi de nombreux traitements dont les derniers furent photothérapiques et suivis d'une cure hydro-minérale dans une station à eaux iodurées. Après une nouvelle cure photothérapique, la

malade présenta soudain des frissons, de la fièvre et une tuméfaction d'abord urticarienne, puis hémorragique et enfin nécrotique de la plupart de ces foyers. L'ensemble de ces accidents s'effaça après un mois environ, laissant des surfaces de cicatrisation lisses, mais semées de nodules lupiques. Trois mois plus tard, un nouveau traitement photothérapique ne provoqua aucun incident semblable. K. ne distingue pas les causes de cette irritation allergique singulière, due probablement à une mise en liberté de toxine tuberculeuse. Il se demande si l'absorption iodurée n'a pas créé une sensibilisation à la lumière.

Ch. Audry.

Le problème du lupus dans la Hongrie méridionale (Des Lupusproblem in Südungarn), par K. v. Berde. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 15, 11 avril 1931, p. 525.

Le lupus dans la Hongrie méridionale ne paraît pas présenter de particularités. Relevons cependant dans la note de B. que v. Zumbusch compte 1.400 lupiques sur 6.500.000 Bavarois. En Tchécoslavie, Pelc évalue leur nombre à 3.000 sur 13.500.000 âmes. B. croit qu'on peut compter 1.500 à 2.000 lupiques parmi les 8.500.000 habitants de la Hongrie.

Ch. Audry.

Phtirius ou Phtirus (Phtirius oder Phtirus), par F. Klein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 15, 11 avril 1931, p. 536.

A grand renfort de bibliographie, K. établit fort bien que le mot a été écrit par Leach en 1815, sous l'orthographe de phtirus, qui transcrit exactement le mot grec. C'est en 1859 que, pour la première fois, Burmeister a écrit phtirius, ce qui est injustifié. Il faut revenir à phtirus.

Ch. Audry.

Comment se comporte la réaction à la luétine dans la syphilis congénitale (Ueber das Verhalten der Luetinreaktion bei der kongenitalen Syphilis), par Thérèse Kindler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 15, 11 avril 1931, p. 598.

Intéressant travail qui commence par résumer les données actuellement acquises sur les allergies de la syphilis et en particulier à la luétine. Spécialement, K. étudie cet état allergique chez le nouveau-né où il diffère de ce qu'on observe chez l'adulte. On fera donc bien de se rapporter à l'article original dont toute cette partie ne supporte pas l'analyse.

K. dans ses recherches s'est servie du luotest de Müller-Brandt, qui est fabriqué avec des produits du lapin syphilisé, et dont l'action est beaucoup plus énergique que la luétine de cultures. Sur 103 cas de syphilis congénitale, le luotest a donné 59 fois (57 o/o) des résultats positifs. Pendant la première année, la réaction est toujours négative ; 25 o/o de positive entre 1 et 4 ans ; 93 o/o entre 4 et 14 ans ; 80 o/o entre 14 et 20 ans ; 83,3 o/o au delà. La proportion est particulièrement élevée en cas de manifestations tertiaires, 19 fois sur 19 et de lésions

oculaires (82 o/o). Contrôlant le point de vue de Dujardin, K. a constaté qu'avec le sérum de cheval on obtenait souvent des réactions qui prouvent l'existence d'une hypersensibilité distincte d'une allergie spécifique. De tout cela, il résulte que dans les conditions précitées, la luétine peut rendre des services au point de vue diagnostic ; en effet, après la première année, elle fournit des résultats positifs un peu plus souvent que la séro-réaction seule.

Bibliographie. CH. AUDRY.

L'épidermodysplasie verruciforme est-elle une dermatose autonome? Rapports avec la verrucosité (Est die Epidermodysplasia verruciformis (Lewandosky-Lutz) eine selbestandige Dermatose? Ihre Beziehungen zur Verrukositas), par L. MASCHKILLEISON. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 16, 18 avril 1931, p. 569 (7 fig).

A propos d'un cas personnel, et après avoir réuni 21 autres cas, M. conclut, contrairement à Hoffmann, qu'il s'agit bien là d'un type morbide distinct de la verrue, une géno-dermatose dystrophique, voisine des précancéroses (début précoce, longue durée). La dégénérescence claire qu'on observe en certains points des couches supérieures de l'épiderme représente un phénomène à part et qui ne doit pas être confondu avec la vacuolisation claire de la verrue. CH. AUDRY.

Recherches expérimentales sur le lymphogranulome inguinal (Experimentaller Beitrag zum lymphogranuloma inguinale), par A. COHN et L. KLEEBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 16, 18 avril 1931, p. 580.

Les auteurs confirment l'expérience de Hellerström et Wassen. Ils ont échoué en inoculant sous le prépuce d'un singe *Cynomolgus* de la matière de ganglions lymphogranulomateux. Mais ils ont réussi par intra-inoculation intracérébrale chez un autre animal à provoquer au bout de 14 jours un syndrome d'encéphalite suivie de mort deux jours plus tard. La substance cérébrale broyée et émulsionnée a produit une papule typique chez cinq malades lymphogranulomateux, et non chez les sujets sains. CH. AUDRY.

Nécrose nodulaire multiple du tissu adipeux sous-cutané (Multiple Herdnekrose des Unterhautfettgewebes), par P. W. KOSCHEWNIKOW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 17, 25 avril, p. 613, 2 fig.

On connaît les granulomes huileux, qui subissent parfois une dégénérescence nécrotique. Il existe toutefois des cas où ces nécroses nodulaires ne relèvent pas d'injection médicamenteuse. Leur pathogénie est variée : traumatismes, infections ; elles peuvent apparaître spontanément : on a invoqué la digestion des graisses par des lipases ou l'autolyse de la graisse par ischémie locale. Une forme spéciale de ces nécroses graisseuses est constituée par la cystostéatonécrose des nouveau-nés. La nécrose pancréatique s'accompagne parfois de nécrose cutanée profonde.

K. a observé un cas de nécroses multiples du tissu graisseux sous-

cutané sans cause connue. Chez une jeune femme de 30 ans, les lésions ont débuté au 8ᵉ mois de la grossesse, par de la fièvre à 40° pendant 2 semaines et l'apparition de nodules profonds et douloureux aux fesses et dans la peau du ventre. Accouchement à terme, suivi de la mort de l'enfant au 3ᵉ jour. Trois mois après, nouvelle hospitalisation nécessitée par les nodules des fesses et de l'abdomen. On trouve près de l'ombilic une tumeur dure à surface convexe, profonde, mobile sur les muscles, faiblement adhérente à la peau ; autour de la tumeur principale, nodules disséminés. On en trouve au niveau du thorax, des fesses. Le contenu des tumeurs est formé de graisse, d'eau et d'albumine. Exérèse sous anesthésie de la tumeur abdominale ; après l'opération, nécrose partielle de la peau ; sur les fesses, les nodules se nécrosent peu à peu, formant autant d'ulcérations. La fièvre à grandes oscillations apparaît ; hémoculture négative ; diminution des éléments polynucléés du sang, augmentation des grands monocytes, apparition de formes myélocytaires ou jeunes ; chute de l'hémoglobine. Retour lent (deux ans) et progressif à la santé. Histologiquement, nécrose de coagulation du tissu adipeux, dégénérescence hyaline du tissu conjonctif périphérique, diminution des cellules adipeuses, petits abcès périphériques. K. invoque des embolies vasculaires infectieuses, de nature indéterminée.

L. Chatellier.

Sur l'étiologie de « Creeping Disease » (Beitrag zur Ætiologie der Creeping disease), par A Schwarz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 17, 25 avril 1931. p. 620. 3 fig.

S. commence par rappeler les recherches antérieures qui montrent que l'agent de *Creeping Disease* peut varier considérablement suivant les pays où on l'observe : *gastrophilus equi, agamoneuratodus migrans* (du rat), *ankylostoma brasiliense* ou *caninum*, *Gnathostoma* (nématode japonais), peut-être d'ankylostome duodénal. D'après Fulleborn, en Europe, il s'agit de larve de *Gastrophilus equi* ou d'*uncinaria stenocephala*, voir le *strongyloïdes stercoralis*. S. donne une observation personnelle recueillie en Pologne chez une fillette de 10 mois, intéressante en ce qu'il a eu la bonne fortune de couper le parasite dans sa biopsie, ce qui est exceptionnel. Il s'agissait de *Gastrophilus equi*, très probablement.

(Bibliographie). Ch. Audry.

Proceedings of the Royal Society of Medicine (Londres).

Mycosis fongoïde avec papillomatose des aréoles du sein (Mycosis fungoides with papillomatosis of the areolæ), par Thomson. *Proceedings of the Royal Society of Medicine*, avril 1931, p. 679, 4 fig.

Mycosis fongoïde chez une femme de 39 ans, ayant débuté par une papillomatose limitée aux mamelons et aux aréoles du sein et simulant une maladie de Paget. Le diagnostic de mycosis ne devint évident que trois ans plus tard alors que d'autres lésions étaient apparues.

S. Fernet.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (London).

Pigmentation spéciale consécutive à l'absorption d'un purgatif contenant de la phénolphtaléine (Peculiar pigmentation following the use of a purgative containing phenolphtalein), par CAMPBELL. *The British Journal of Dermatology and Syphilis,* avril 1931, p. 186.

C. a observé une pigmentation bleue foncée des lunules des ongles consécutive à l'absorption d'un laxatif contenant de la phénolphtaléine.

S. FERNET.

Wiener Klinische Wochenschrift.

Sur la pathogénie de la tuberculose cutanée et des tuberculides y compris le lupus érythémateux (Zur Pathogenese der Hauttuberkulose und der Tuberkulide einschliesslich der Lupus erythematodes), par O. KREN et E. LÖWENSTEIN. *Wiener Klinische Wochenschrift,* no 13, 27 mars 1931, p. 405.

Les auteurs ont recherché la présence des bacilles tuberculeux dans le sang circulant par la méthode de Löwenstein (milieux à l'œuf, etc., la technique a été décrite par L. in *Munch. med. Wochen,* 1930, nos 36 et 39, et dans *Zentrabl. f. Bakt.,* 1931), et ont obtenu des résultats impressionnants.

Sur 66 cas de tuberculoses cutanées, tuberculides et lupus érythémateux, K. et L. ont obtenu 41 fois (c'est-à-dire dans 62 o/o) des hémocultures positives. Au printemps, toutes positives ; 75 o/o en juillet ; 62 o/o en fin décembre. Dans 23 cas il s'agissait d'érythème induré avec 16 positives. 4 papulo-nécrotiques étaient toutes positives ; une seule sur 3 cas de granulome annulaire ; 5 sur 10 cas de lupus vulgaire ; 10 hémocultures positives sur 17 lupus érythémateux, etc.

Les auteurs insistent sur l'importance pratique des résultats obtenus, et la rapidité avec laquelle on les a. L'hémoculture est plus souvent positive chez les malades allergiques qu'en cas d'anergie. La bacillémie répond à un processus actif ; c'est au printemps (action de l'hiver ?) que l'hémoculture est le plus souvent positive, en automne et en hiver qu'elle l'est le plus rarement.

CH. AUDRY.

Bruxelles Médical.

Syphilis et pian seraient-ils une seule et même affection ? par A. ARNAUD, FORNARA (Léopoldville), VIGONI (Libreville) et VAN HOOF (Léopoldville). *Bruxelles Médical,* 11e année, no 25, 19 avril 1931, p. 725.

Pour les Drs Arnaud, Fornara et Vigoni, la clinique, l'épidémiologie, le laboratoire apportent un faisceau de preuves à l'appui de la théorie dualiste.

Van Hoof a été frappé de la ressemblance entre le pian tertiaire et la syphilis tertiaire. Mais ayant observé au Mayumba un si grand nombre de malades infectés de pian, il pense qu'on devrait aussi observer une

morti-natalité élevée, une grande fréquence des avortements, des exemples innombrables de syphilis héréditaire. Or, malgré ses recherches, il n'en a pas observé, et il est de notion classique dans ces pays que le pian n'est pas transmis à la descendance.

H. Rabeau.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Sur un cas de psorospermose folliculaire végétante (Sobre un caso de psorospermosis folicular vegetante), par Xavier Vilanova. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 3, décembre 1930, p. 172.

La maladie de Darier a donné lieu à peu de publications en Espagne.

Dans le cas observé, elle a débuté sous la forme d'un eczéma humide et sécrétant de la tête, compliqué d'impétigo. Les lésions qui ont suivi ont été d'abord considérées comme des verrues planes. Un peu plus tard, on a fait le diagnostic d'eczématides folliculaires. Finalement les élevures papulo-squameuses ont été rapportées à leur véritable cause. Une biopsie a confirmé leur nature dyskératosique.

On trouve chez le malade des signes manifestes d'hypothyroïdie. La radiothérapie a donné d'excellents résultats locaux.

J. Margarot.

Quelques points intéressants en radiothérapie dermatologique (Algunos puntos interesantes en radioterapia dermatologica), par R. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 3, décembre 1930, p. 180.

Les applications de la radiothérapie à la dermatologie ont été d'abord strictement locales. L'étude des phénomènes généraux consécutifs à des actions que l'on croyait purement focales a eu pour conséquence l'irradiation de divers organes en vue de certains effets thérapeutiques.

H. souligne plusieurs notions qui vont se précisant. C'est ainsi que la diffusion dans le torrent circulatoire de substances provenant des organes soumis aux rayons X, est parfois suivie de phénomènes d'immunisation et peut-être d'allergie.

Un autre exemple est fourni par l'activation ou l'inhibition de certaines glandes. On peut en particulier modifier le métabolisme basal en agissant sur le corps thyroïde.

J. Margarot.

La leucocyto-réaction de Gouin, Bienvenue et Daoulas dans le diagnostic de la syphilis (La leucocitorreaccion de Gouin, Bienvenue y Daoulas en el diagnostico de la sifilis), par Eduardo de Gregorio et José Sierra. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 3, décembre 1930, p. 187.

D'après Gouin, Bienvenue et Daoulas, l'irradiation du sympathique détermine un choc qui se traduit par une hyper ou une hypoleucocytose contrôlable deux heures après l'irradiation. Cette modification est transmissible par inoculation du sang à un second individu.

Elle se produit avec des résultats identiques chez les individus syphi-

litiques ou non et la transmissibilité existe de la même manière, mais, si chez le sujet irradié, syphilitique ou non, s'est produite une leucopénie, l'injection du sang à un syphilitique donne lieu à une leucocytose et non à une leucopénie comme lorsque le récepteur est sain.

L'autohémothérapie et les médicaments d'usage courant dans le traitement de la syphilis donnent lieu à des modifications sanguines identiques : on observe une leucopénie chez les sujets sains et une leucocytose chez les syphilitiques.

Une méthode de diagnostic basée sur cette notion donnerait d'excellents résultats plus particulièrement dans l'hérédo-syphilis, où elle se montrerait supérieure aux épreuves sérologiques.

D'autre part, Amato observe que l'injection de médicaments antisyphilitiques provoque d'une manière spécifique chez les syphilitiques un choc hémoclasique dans lequel la manifestation la plus caractéristique est une diminution du nombre des leucocytes.

Les deux réactions paraissent s'opposer formellement. La contradiction n'est sans doute qu'apparente et tient probablement à une différence de technique : Amato fait la numération une demi-heure après l'injection tandis que Gouin et ses collaborateurs la font deux heures après.

E. de G. et J. S. exposent les résultats de la leucocyto-réaction chez leurs malades. Ils espèrent la réaliser dans la suite conjointement avec celle d'Amato, pour voir si elles sont comparables. Ils ont utilisé le néosalvarsan, l'hydroxyde de bismuth, l'iodo-bismuthate de quinine, le vaccin antigonococcique et la lactoprotéine.

Les résultats obtenus sont loin d'être aussi concordants que dans les recherches des auteurs français ou italiens.

Les variations leucocytaires dépendent de nombreux facteurs. D'importantes causes interviennent pour fausser les résultats. E. de G. et J. S. concluent qu'ils ne sont des partisans décidés ni de la réaction d'Amato, ni de la leucocyto-réaction. J. Margarot.

Contribution à l'étude de la réaction de conglomération de Muller pour le séro diagnostic de la syphilis (Contribucion al estudio de la reaccion de conglomeracion de Muller para el sero-diagnostico de la sifilis), par José Paisan. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 3, décembre 1930, p. 211.

La réaction de conglomération de Muller est, avec la réaction de Kahn et la réaction d'éclaircissement de Meinicke, une de celles qui réunissent les meilleures garanties pour le diagnostic et le pronostic de la syphilis.

L'auteur considère comme d'une grande valeur pratique une troisième lecture de la réaction 15 ou 20 heures après, les tubes étant laissés à la température du laboratoire. J. Margarot.

La diète déchlorurée de Gerson et Sauerbruch dans un cas de lupus récidivant (La dieta declorurada de Gerson y Sauerbruch ante un caso de lupus recidivante), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 4, janvier 1931, p. 287.

Une malade a eu, en 1908, un lupus du larynx qui a nécessité une trachéotomie. En 1924, apparaît une petite plaque lupique sur le pavillon de l'oreille gauche. Une lésion de même nature se développe au mois de novembre de la même année sur le cinquième doigt de la main gauche. En mars 1927, un autre lupus se montre sur l'extrémité du nez ; il envahit l'aile droite et la muqueuse correspondante.

Après l'échec de nombreux traitements mettant en œuvre les diverses ressources de la thérapeutique locale et générale, on a recours à la médication aurique par voie veineuse et à un régime rigoureusement déchloruré suivant la méthode de Gerson et Sauerbruch.

On peut négliger l'effet des sels d'or qui ont été donnés en quantité insignifiante. Une érythrodermie en a fait suspendre l'emploi.

La diète de Gerson, appliquée par la malade avec rigueur et persévérance a donné des résultats particulièrement heureux. Au bout de deux mois, les lésions ont disparu et le processus morbide est devenu absolument latent. J. Margarot.

Un cas de lèpre maculo-anesthésique (Un caso de lepra de forma maculo-anestesica), par J. Salaverri. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 4, janvier 1931, p. 290.

Il s'agit d'un cas de lèpre observé dans la province de Logrono où cette maladie est exceptionnelle.

Des taches et des papules rosées donnent d'abord l'impression d'un érythème polymorphe. Une analyse clinique plus précise fait penser à la lèpre. Le bacille de Hansen est facilement mis en évidence dans le mucus nasal et dans un fragment de tissu malade prélevé par biopsie.

J. Margarot.

Kystes hydatiques sous-cutanés multiples (Quistes hidaticos subcutaneos multiples), par J. Bejarano et E Enterria *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 4, janvier 1931, p 299.

Une femme de 46 ans présente de nombreuses petites tumeurs sous-cutanées, de la grosseur d'une noisette, de consistance dure, facilement mobilisables, occupant la région cervicale, le côté gauche du thorax, l'abdomen et le tronc.

On pense à des fibromes multiples.

Une biopsie montre qu'il s'agit de kystes facilement énucléables, contenant un liquide clair dans lequel on ne trouve ni scolex, ni crochets.

Par contre, la malade présente une réaction de Weinberg très positive. Il en est de même de l'intradermo-réaction de Cazoni. On note de l'éosinophilie sanguine.

Aucun kyste viscéral ne peut être mis en évidence.

J. Margarot.

La chlorémie chez les eczémateux (La cloremia en los eczématosos), par A. Navarro Martin et J. Aranguena. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 4, janvier 1931, p. 302.

Les déterminations portent sur 15 sujets atteints d'eczéma. Huit malades, présentant des affections diverses et soumis au même régime alimentaire, servent de témoins.

Alors que chez les eczémateux, il existe habituellement une hyperchlorurie manifeste, la valeur moyenne de la chlorémie, exprimée en NaCl, a été, chez les sujets à jeun, de 626 milligrammes pour 100, avec comme valeurs extrêmes 528 et 584 milligrammes. Ce chiffre est légèrement inférieur à la normale qui est de 650.

L'injection intraveineuse de 2 grammes de chlorure de sodium est suivie d'une hypochlorémie, ce qui démontre l'existence chez les eczémateux d'un trouble du mécanisme régulateur des échanges chlorurés. La même épreuve détermine de l'hyperchlorémie chez les témoins.

La courbe de la chlorémie garde un parallélisme net avec l'état de l'affection. J. MARGAROT.

Un cas de lichen plan hémorragique (Un caso de liquen plano hemorragico), par J. S. COVISA et J. GAY PRIETO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 4, janvier 1931, p. 357.

Une dermatose chronique évolue sous forme d'une éruption cliniquement et histologiquement analogue au lichen plan de Wilson. Elle s'en différencie uniquement par l'existence d'abondantes granulations d'hémosidérine qui « tatouent » véritablement les histiocytes dans la papule lichénoïde.

L'affection ressemble à la maladie de Schamberg par la composition de l'infiltrat et le blocage de l'hémosidérine dans les cellules réticulo-endothéliales.

Elle en diffère par le caractère papuleux des éléments, par leur limitation nette, leur coloration uniforme, par l'absence d'un infiltrat et de lésions purpuriques périfolliculaires, enfin, par l'aspect normal des vaisseaux, qui sont simplement un peu dilatés.

J. MARGAROT.

Hémiplégie par endartérite syphilitique et nouvelle ulcération chancreuse (Hemiplejia por endarteritis sifilitica y reulceracion chancrosa), par JAVIER M. TOME Y BONA. *Actas Dermo Sifiliograficas,* 23e année, no 4, janvier 1931, p. 361.

Un homme de 26 ans présente un chancre du sillon balano-préputial. La cicatrisation est suivie d'une légère induration persistante, qui devient le siège d'ulcérations chancreuses récidivantes.

Un an après, le malade est hospitalisé pour une hémiplégie droite en rapport avec une endartérite syphilitique. On constate à ce moment une lésion ulcéreuse et dure du sillon balano-préputial avec, dans l'aine, une pléiade ganglionnaire caractéristique.

L'auteur admet qu'il s'agit d'une nouvelle ulcération (« réulcération ») d'un chancre syphilitique incomplètement guéri.

J. MARGAROT.

Revista Medica Gallega (Santiago de Galicie).

La sensibilisation et la désensibilisation en dermatologie (La sensibilizacion y desensibilizacion en dermatologica), par Barrio de Medina. *Revista Medica Gallega*, 2e année, no 3, mars 1931, p. 69.

Dans une conférence faite à l'Institut Rubio, l'auteur expose les divers aspects du problème depuis l'application par Ravaut à la dermatologie des idées de Richet et de Widal sur l'anaphylaxie et la colloïdoclasie.

De nombreuses affections cutanées paraissent explicables par ce mécanisme. Leur liste s'étend chaque jour.

B. de M. limite son étude aux dermatoses les plus caractéristiques à ce point de vue. Il signale uniquement l'urticaire, l'œdème de Quincke, quelques prurits, diverses variétés d'eczéma, certaines dermites artificielles, les herpès récidivants, les furoncles et des infections cutanées comme l'érysipèle chronique récidivant.

Parmi les méthodes de désensibilisation, les meilleures lui paraissent être l'auto-hémothérapie, l'administration d'hyposulfite de soude et la désensibilisation spécifique lorsque l'antigène est connu.

J. Margarot.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Étude du plus récent composé synthétique de l'arsphénamine, le Bismarsen, dans le traitement de la syphilis (An appraisal of the newest arsphenamine synthetic, Bismarsen, in the treatment for syphilis), par Stokes, Miller et Beerman. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, no 4, avril 1931, p. 624.

Le Bismarsen est un composé stable, soluble, d'arsphénamine et de bismuth pour injections intramusculaires, contenant 12 à 15 o/o d'arsenic et 23 à 25 o/o de bismuth. Les auteurs en ont pratiqué 7.660 injections sur 340 malades et concluent que cette préparation est relativement peu toxique, très active, peu douloureuse, qu'elle convient au traitement de toutes les manifestations de la syphilis et surtout à celui de la syphilis au début. La grande efficacité, l'innocuité relative et la facilité de son emploi, font du Bismarsen un produit destiné à entrer rapidement dans la pratique courante. S. Fernet.

La thérapeutique locale des dermatoses (Local medication in diseases of the skin), par Abramowitz. *Archives of Dermatology and Siphilology*, vol. XXIII, no 4, avril 1931, p. 644.

Mémento thérapeutique reproduisant en majeure partie les formules du *Précis* de Darier, quelques formules classiques d'Unna et quelques modifications adoptées en Amérique. S. Fernet.

Le pigment mélanique dans la peau, les poils et les yeux du lapin gris ; son développement embryologique et la question de l'origine mésodermique des mélanoblastes épidermiques (The melanotic pigment in the skin, hair and eye of the gray rabbit; its embryologic development and the question of the mesodermal origin of epidermal melanoblasts), par Peck. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 4, avril 1931, pp. 704 à 729.

Ce travail a pour but de contrôler les assertions de del Rio-Hortega sur l'origine mésodermique des mélanoblastes épidermiques. Une série de coupes, pratiquées sur des embryons de lapins, et reproduites en 14 belles micro-photographies, confirment l'origine ectodermique des mélanoblastes et l'absence de pigment dans le derme des tout jeunes embryons. Les soi-disant mélanoblastes mésodermiques de del Rio-Hortega sont en réalité des éléments issus de l'épiderme.

S. Fernet.

Medical Journal and Record (New-York).

Les raisons théoriques de la virulence du sperme au cours de la syphilis latente (The theoretical motivation of the infectiouseness of the inoculated sperme taken from individuals with latent lues), par Kertesz. *Medical Journal and Record*, 15 avril 1931, p. 397.

Le sperme des anciens syphilitiques, inoculé à l'œil du lapin, donne quelquefois lieu à une ophtalmie caractéristique dont la spécificité est démontrée par l'action infaillible du traitement spécifique (l'auteur emploie le Bismosalvan). On peut, dans certains cas, constater la présence de tréponèmes dans les lésions de l'œil ou des lésions histologiques caractéristiques de la syphilis, mais souvent seul le traitement d'épreuve affirme la nature de la lésion d'inoculation. K. admet qu'il s'agit alors de transmission du virus infravisible que l'imperfection de nos techniques bactériologiques ne permet pas de déceler mais qui, néanmoins, est réelle puisqu'elle est suivie d'une éclosion de syphilis secondaire chez les lapins-contrôle.

Des inoculations positives du sperme peuvent ainsi être obtenues au cours de syphilis bien traitées, latentes depuis des années, donnant des réactions de Bordet-Wassermann négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. L'inoculation n'est pas constamment positive chez le même sujet, il faut donc la pratiquer à plusieurs reprises et à divers moments. Dans ces conditions, cette épreuve peut servir de test supplémentaire de guérison.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (St-Louis).

Causes des échecs dans le traitement des varices par les injections sclérosantes (Causes of failure in injection treatment of varicose veins), par Mc Pheeters, Merkert et Lundblad. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, 4 avril 1931, p. 1114.

Pour éviter les récidives dues à la hauteur et au poids de la colonne sanguine contenue dans les saphènes, les auteurs recommandent l'oblitération préalable de la portion supérieure de la saphène au voisinage de son embouchure dans la fémorale. Les solutions sclérosantes recommandées par ces auteurs contiennent 15 o/o de chlorure de sodium, 35 o/o de sucre interverti et 5 o/o de sucre de canne ou bien 30 o/o de chlorure de sodium et 50 o/o de dextrose. S. FERNET.

Rupture de la rate au cours de la malaria-thérapie dans la syphilis (Rupture of spleen in malarial therapy in syphilis), par POLAYES et LEDERER. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, 4 avril 1931, p. 1127.

Un malade de 36 ans, atteint de paralysie générale et traité par l'impaludation, meurt après 3 semaines d'une pneumonie. Il n'avait jamais présenté de signes d'hémorragie interne ni aucun symptôme abdominal. L'autopsie fit constater une rupture de la rate : la cavité abdominale contenait plus d'un litre de sang, un caillot couvrait le pôle supérieur de la rate et le rein gauche.

Huit autres cas de rupture de la rate au cours de l'impaludation ont été publiés. Cet accident qui est extrêmement rare au cours du paludisme spontané, paraît donc être relativement plus fréquent au cours du paludisme thérapeutique. Il est probable que, chez les anciens syphilitiques, la capsule et les cloisons intérieures de la rate sont sclérosées et que la diminution d'élasticité qui en résulte favorise la rupture.

S. FERNET.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia (Bologne).

Considérations cliniques et étio-pathogénétiques au sujet des dermatoses symétriques dysménorrhéiques, par Mario ARTOM. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 6, avril 1931, p. 513, 38 pages, 4 fig. Bibliographie.

Une première partie de ce travail est consacrée à une synthèse des notions actuellement acquises sur les relations de la peau avec les glandes endocrines et à la discussion des diverses théories dont elles ont été l'objet.

Une deuxième partie comprend l'exposé de deux cas cliniques observés par l'auteur, l'un chez une jeune femme (33 ans) atteinte de troubles menstruels, l'autre chez une femme âgée (57 ans) ayant passé l'âge critique.

Toutes les deux atteintes de dermatoses symétriques rappelant par certains points la description-type de Matznauer et Polland, mais en différant aussi par beaucoup de caractères.

A. étudie ces deux cas en détail avec toutes les épreuves concernant la réactivité cutanée et l'état du système nerveux végétatif. Il entre à ce sujet dans de longues discussions qui ne peuvent se résumer, et il conclut :

1° Que l'observation clinique de ses deux cas et l'examen des caractéristiques présentées par les formes semblables précédemment décrites permettent d'affirmer la nécessité de rassembler sous le nom de *dermatite symétrique dysménorrhéique* toutes les dermatoses qui réunissent les trois caractéristiques fondamentales suivantes :

a) apparition chez des sujets présentant des signes d'anomalie de la sécrétion ovarique ;

b) coïncidence avec les menstruations ou les troubles ovariques ;

c) disposition symétrique.

2° Que le concept de dermatose dysménorrhéique symétrique ainsi entendu dans un sens large, évite les complications qui résulteraient de la distinction de formes cliniques par trop nombreuses, comme on a tendance à le faire, au détriment de la clarté du concept nouveau ; les aspects cliniques divers doivent être considérés seulement comme des formes accessoires du type fondamental.

3° Au point de vue du mécanisme pathogénétique, il règne beaucoup d'obscurité et les hypothèses les plus contradictoires ont été proposées. A. donne la préférence à la pathogénie neuro-végétative. Mais la dystonie du système nerveux autonome sous l'influence de la menstruation ou de la dysménorrhée ne peut pas à elle seule suffire à expliquer l'apparition de la réaction cutanée. Comme dans le choc anaphylactique où les phénomènes vaso-moteurs et la dystonie du système nerveux végétatif jouent un rôle prépondérant, mais qui demande à être provoqué par un antigène albuminoïde, de même, dans la dermatite dysménorrhéique, A. croit nécessaire l'intervention d'une substance particulière qui, au moment des menstruations, viendrait à se trouver en conflit avec d'autres substances actives de l'organisme.

Se basant sur certaines recherches expérimentales, il croit que cette substance est la *choline*, ainsi que l'ont déjà admis d'ailleurs Patzschke et Sieburg. Belgodere.

Contribution à la connaisance des nodosités vaccinales chez l'homme, par Balbi. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 6, avril 1931, p. 551, 26 pages, 9 fig. Bibliographie.

B. rapporte trois observations (2 hommes et 1 femme) de ces nodosités survenues chez des sujets occupés à la traite des vaches, et dans les trois cas, l'origine des lésions fut nettement établie, car on retrouva les vaches atteintes de lésions analogues sur les mamelles. L'aspect clinique était variable dans les trois cas :

Premier cas : lésions multiples pouvant faire penser à de l'impétigo vulgaire, à la pyodermite végétante, à l'aphte épizootique.

Deuxième cas : les nodosités s'accompagnaient d'érythème et d'œdème de l'avant-bras, de papules au poignet, l'ensemble rappelant l'aspect de l'érythème polymorphe.

Troisième cas : lésion unique ulcéreuse et indurée, pour laquelle le diagnostic se posait avec le chancre syphilitique.

Les lésions ont des aspects assez variables, non seulement suivant les sujets, mais aussi suivant les phases de l'évolution : au début, formations papuleuses, qui deviennent nodulaires, puis plus ou moins arrondies, nettement limitées ou entourées d'un halo érythémateux, pouvant faire une saillie de 5 à 10 millimètres ; surface hémisphérique ou légèrement ombiliquée ; couleur rouge-brun au centre, rouge vineux à la périphérie, ou quelquefois rose jaunâtre différant à peine de la couleur normale de la peau. Quelquefois l'évolution s'arrête à ce stade, dans d'autres cas, il se forme une vésico-pustule.

A côté des formes *localisées*, comme dans les trois observations rapportées, on a observé des exanthèmes *généralisés*, à éléments vaccinaux ou vaccinoïdes, leur évolution est habituellement brève. B. discute le diagnostic avec : pyodermite, érythème multiforme, tuberculose verruqueuse. Mais les difficultés réelles sont pour distinguer les nodosités vaccinales de l'aphte épizootique et des nodosités des trayeurs par corps étrangers.

L'*aphte épizootique* ne peut être confondu que dans ses formes localisées : il s'agit de pustules plus ou moins infiltrées, douloureuses, avec lymphangite et adénite et réaction générale ; tandis que les nodosités vaccinales sont indolentes, profondément infiltrées, et évoluent lentement.

Quant aux *nodosités par corps étrangers*, décrites par Lauener, ce sont des lésions à développement lent, dues à l'introduction sous la peau de poils de vache.

Au point de vue histologique, B. fait une description méticuleuse de ses trois cas, et, confrontant ses constatations avec celles des publications antérieures, il conclut que le nodule vaccinal est formé d'un granulome de type particulier, accompagné de lésions épidermiques inconstantes et plus ou moins intenses suivant les cas et la période d'évolution des lésions.

Mais les points les plus discutés de l'histoire de ces lésions sont leur *étiologie* et leur *pathogénie*. Le problème semblerait facile à résoudre par l'inoculation, mais les expériences faites ont abouti à des résultats très contradictoires. Schutze a obtenu des éruptions vacciniques typiques par inoculation à divers animaux, et, par inoculation à la cornée du lapin, il a pu constater la présence de *corps de Guarnieri*

Mais d'autres expérimentateurs opposent beaucoup de résultats négatifs. Cependant, de ces résultats négatifs, il ne faut pas tirer des conclusions absolues, car l'échec de l'inoculation peut être dû à la faible virulence des germes. Ce qui semble appuyer cette hypothèse, c'est que tous les sujets exposés à la contagion n'en sont pas victimes, aussi bien du côté du bétail que du côté des hommes qui le soignent ; souvent aussi, des blessures, des excoriations sont la condition nécessaire de l'inoculation (comme c'était le cas dans les trois observations qui font l'objet de cette étude). La lenteur et la bénignité de l'évolution sont aussi des arguments qui justifient l'hypothèse d'un virus vaccinal de faible activité.

BELGODERE.

Contribution à l'étude du granulome annulaire, par Nicoletti. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 6, avril 1931, p. 577, 20 pages, 8 fig. Bibliographie.

Cette affection a été désignée par des noms très divers, mais on semble s'être en définitive mis d'accord sur le terme de *granulome annulaire*. Elle est bien définie aujourd'hui au point de vue clinique et histologique, mais reste très discutée au point de vue étiopathogénique.

N. en a récemment observé deux cas, dont il fait l'étude ; l'un chez un jeune garçon de 5 ans, l'autre chez une fillette de 3 ans.

Dans le premier cas, éruption multiple et disséminée sur le tronc et les membres ; dans le second cas, un élément unique sur le dos de la main.

Le premier cas ne présentait rien de caractéristique au point de vue histologique. Le deuxième cas, au contraire, offrait des particularités nettement tuberculoïdes.

N. a cherché, chez l'un et chez l'autre, à déceler l'infection tuberculeuse, mais les recherches cliniques ont été négatives et de même les recherches biologiques (épreuve d'allergie tuberculinique, réaction de Besredka), négative également la recherche du bacille de Koch sur les coupes et l'inoculation au cobaye.

Il existe dans la littérature un cas de Dittrich, qui aurait constaté le bacille de Koch dans le granulome annulaire et un cas de Hubschmann et Ungar, qui auraient réussi une inoculation tuberculeuse. Mais les cas négatifs sont beaucoup plus nombreux.

Pour N., il semble vraisemblable que le granulome annulaire n'est pas une lésion spécifique, mais un syndrome cutané allergique, qui peut avoir pour origine des causes infectieuses ou toxi-infectieuses très diverses.

On pourrait ainsi concilier les différentes manières de voir sur l'étiologie de cette affection, qui pourrait être classée dans le groupe des tuberculides comprises comme des syndromes cutanés, expression d'une allergie vis-à-vis de facteurs infectieux divers, mais non toujours de nature tuberculeuse. Belgodere.

Considérations critiques au sujet d'un cas de lichen atrophique scléreux, par Bagnoli. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilologia e Venereologia*, vol. VI, fasc. 6, avril 1931, p. 597, 12 pages Bibliographie.

Beaucoup de confusion à propos du lichen atrophique. Ce qui tient d'une part à ce que l'inventeur lui-même de cette affection, Hallopeau, l'a désignée tantôt sous le nom de *lichen atrophique*, tantôt sous celui de *lichen scléreux*. D'autre part, cette imprécision a eu pour conséquence de faire confondre dans les publications des affections en réalité diverses.

B. rapporte l'observation d'un cas qu'il a étudié chez un sujet de 45 ans, cultivateur : les lésions siégeaient au-devant du thorax, à la région médio-sternale, et dans le dos, à la région interscapulaire : il

s'agissait de macules blanches, sans figuration spéciale, légèrement déprimées sur le plan cutané, de dimensions variant d'une lentille à une pièce de deux sous, de forme généralement ovalaire, avec présence de quelques bouchons cornés. A la palpation, sensation de consistance. Bords nets, périphérie de coloration normale. Au point de vue histologique, le caractère dominant est une infiltration péri-vasculaire et péri-folliculaire dans le derme profond, formée surtout d'éléments conjonctifs jeunes et de lymphocytes. Ces lésions donnaient lieu à des accès de prurit intense.

B. confronte sa description avec celle des travaux antérieurs, tant au point de vue clinique qu'histologique et fait ressortir combien les caractères donnés par les auteurs divers sont contradictoires. D'où il faut conclure que l'on n'est pas bien d'accord sur ce qu'il faut entendre par *lichen atrophique scléreux.*

Pour la plupart, le lichen atrophique scléreux d'Hallopeau, le *lichen albus* de Zambusch, la *dermatite de Csillag* sont identiques : début par des papules polygonales, qui aboutissent à l'atrophie et à la sclérose.

Il existe deux autres dermatoses atrophiques qui présentent quelques caractères communs : la *Kartenblattaenliche* des Allemands, et la *White spot disease* des Anglais : mais l'absence de prurit, de lésions buccales, l'aspect parcheminé de la peau rattachent ces deux affections plutôt au groupe des sclérodermies circonscrites.

Quant à l'aspect, tantôt atrophique, tantôt scléreux du lichen atrophique selon les auteurs qui l'ont étudié, il s'explique par les stades différents de l'évolution : atrophie d'abord, sclérose consécutive.

BELGODERE.

Il Dermosifiligrafo (Milan).

Contribution à la connaissance des pyodermites végétantes, par Giovanni TRUFFI. *Il Dermosifilografo*, 5e année, n° 3, mars 1931, p. 129, 12 pages, 6 fig. Bibliographie.

Depuis la première publication de Hallopeau, les auteurs qui se sont occupés successivement de cette question ont apporté chacun des vues particulières et des noms nouveaux, ce qui a apporté une certaine confusion. T., schématiquement, ramène à quatre les diverses formes qui ont été décrites : 1° forme pseudo-néoplasique de Azua ; 2° forme verrucoïde de Bosellini ; 3° forme papillomateuse de Gougerot ; 4° forme granulomateuse de Truffi.

Cette dernière forme est la plus rare et T. en apporte un cas nouveau qu'il vient d'observer chez un cultivateur de 69 ans. Les lésions, après avoir débuté par des macules rougeâtres et prurigineuses, ont abouti à la formation de nodosités, à la main et à l'avant-bras gauche, et à la région sous-maxillaire gauche. Nodosités rougeâtres, de consistance élastique, recouvertes d'un épiderme intact. Au point de vue histologi-

que, la lésion principale siégeait dans les couches sous-épidermiques et consistait en une infiltration compacte en nappe, occupant le derme papillaire et sous-papillaire, et diminuant progressivement de densité à mesure qu'on se rapproche de l'hypoderme.

Cette infiltration était constituée presque exclusivement par des éléments histioïdes, depuis les formes jeunes jusqu'aux formes fibroblastiques, mélangées de quelques cellules géantes pluri-nucléées. Mais, sur certains points cependant, il existait des éléments d'infiltration, des polynucléaires et des lymphocytes, et à ce niveau, le microscope révélait aussi la présence de staphylocoques. Mais en somme, il y avait une prédominance nette du tissu de granulation sur l'infiltration inflammatoire aiguë.

Les recherches bactériologiques firent découvrir le staphylocoque doré. Mais quelle est la cause de cette évolution végétante ? T. discute les diverses hypothèses qui ont été émises ; celle qui, d'après les recherches expérimentales, semble la mieux fondée, attribue la pyodermite végétante à l'action de microbes pyogènes à virulence atténuée.

Diagnostic à faire avec : syphilis, tuberculose, tuberculides, sarcoïde de Boeck, sycosis trichophytique, granulome trichophytique de Majocchi, nodosités des diverses mycoses, néoplasmes épithéliaux, végétations médicamenteuses, botryomycomes. Traitement : ablation chirurgicale. BELGODERE.

Sur l'épreuve dite de la fragilité capillaire, par Pier Angelo MEINERI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 3, mars 1931, p. 141, 18 pages, 6 fig.

L'épreuve de la fragilité capillaire consiste, comme on sait, à soumettre une surface déterminée de la peau à une pression négative, et à calculer le degré de résistance des capillaires par le degré de pression négative qui en provoque la rupture attestée par des suffusions hémorragiques.

M. expose les diverses méthodes techniques et les appareils qui ont été imaginés dans ce but ; tous sont basés sur le même principe : décompression obtenue au moyen d'un mécanisme aspirateur quelconque, transmise à la surface de la peau au moyen d'une ventouse de verre et mesurée au moyen d'un anomètre, à mercure ou métallique.

Cette décompression produit sur la peau des réactions variées, dont la plus importante est la réaction hémorragique sous forme de petits points rouges plus ou moins nombreux. Ces points hémorragiques, dans les mêmes conditions de pression négative et de temps varient selon les individus, la constitution de la région cutanée, l'état de tension ou de relâchement de la peau, la stase veineuse, l'épaisseur et la résistance de l'épiderme et surtout de la couche cornée, etc.

Contrairement à ce qu'on aurait pu croire *à priori*, les examens histologiques ont montré que les hémorragies n'ont pas leur siège là où les parois vasculaires sont le plus minces, comme dans les papilles par

exemple ; leur siège est plus profond, dans la zone intermédiaire entre le derme et le tissu sous-cutané et dans le derme moyen et surtout autour des veines. Les capillaires, en général, ne présentent pas de lésions.

De diverses expériences dont le détail ne peut être rapporté ici, M. est amené à conclure qu'on ne peut pas séparer complètement l'action que la pression négative exerce sur les vaisseaux de celle qu'elle exerce sur les divers éléments de la peau ; tous ces éléments sont intimement solidaires, de sorte que l'épreuve dite « de la fragilité capillaire » mesure en réalité, moins que la résistance vasculaire, la résistance de toute la peau dans son ensemble. Les points hémorragiques ne peuvent être considérés que comme des indicateurs non spécifiques, c'est-à-dire qu'ils peuvent nous indiquer à quel degré les divers éléments constitutifs de la peau sont capables de défendre contre la rupture les vaisseaux cutanés. Ainsi conçue, cette épreuve de décompression peut être appliquée utilement à l'étude des dermatoses. BELGODERE.

Nouvelle contribution à l'étude de la valeur des facteurs constitutionnels dans la maladie de Darier, par ARTOM. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 3, mars 1931, p. 159, 13 pages, 4 fig. Bibliographie.

Le Prof. Artom rappelle que, dans une publication antérieure, il a attiré l'attention sur la *microsomie* et sur la *déficience psychique*, qui accompagnent souvent la dermatose végétante de Darier et depuis ces remarques ont été confirmées par d'autres observateurs. Il apporte une nouvelle observation à l'appui de ses conceptions, celle d'une fillette de 9 ans dont la peau présentait, sur le visage et sur différents points du corps des lésions typiques de la maladie de Darier caractéristiques aussi bien au point de vue clinique qu'au point de vue histologique. Mais, fait intéressant, la mère de cette enfant présentait des signes nets de dysthyroïdisme et l'on tend aujourd'hui de plus en plus à faire jouer un rôle à l'hérédité dysthyroïdienne dans la pathogénie de certaines dystrophies cutanées et surtout des kératodermies.

L'étude de l'équilibre neuro-végétatif montra, en outre, chez cette enfant, une prédominance de la réflectivité du parasympathique sur celle du sympathique. Or, chez les jeunes enfants, il est habituel de constater l'hypertonie vagale et l'hypotonie sympathique et ce rapport tend à s'inverser quand l'enfant avance en âge, de sorte que l'état de l'équilibre neuro-végétatif chez cette enfant peut être considéré comme un signe de retard du développement.

L'étude des caractères anthropométriques permit d'aboutir à une conclusion semblable, faisant constater un développement somatique insuffisant par rapport à l'âge.

L'examen mental permit également de déceler une insuffisance psychique très accentuée que les seuls résultats obtenus par l'enfant à l'école permettaient d'ailleurs d'entrevoir.

Tout cet ensemble de faits permet de considérer la maladie de Darier

comme une dermatose congénitale assimilable aux nævi et dans la pathogénie de laquelle l'élément constitutionnel doit jouer un rôle important. Ce serait une *génodermatose*, dans le sens où l'entend Meirowsky, c'est-à-dire une maladie dans laquelle serait en cause une perturbation du plasma germinatif, qui amènerait à la fois des altérations de la peau et une déviation du développement physique et intellectuel de l'individu. BELGODERE.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Sur les exanthèmes salvarsaniques récidivant spontanément, par B. J. KAPLOUNE (Odessa). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou)*, t. IX, nº 1, janvier 1931, pp. 31-36.

Après quelques considérations sur les exanthèmes salvarsaniques en général et sur les exanthèmes salvarsaniques récidivant spontanément, en particulier, l'auteur rapporte deux cas personnels.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un exanthème apparu à la suite d'un traitement mixte salvarsano-bismuthique qui a récidivé 5 semaines après la dernière injection intraveineuse de néo. Malheureusement, le malade n'a pas pu être étudié en détail, car il a disparu.

Le deuxième cas a pu être suivi d'une façon régulière et durant longtemps. Il concerne un ouvrier de 50 ans. La syphilis remonte à l'âge de 31 ans, mais a été soignée irrégulièrement et insuffisamment par le mercure. Atteint à présent de gommes ulcérées de la jambe droite, le malade a reçu 10 piqûres d'émulsion à 10 o/o de xéroforme et 6 injections intraveineuses de novosalvarsan (néo russe). Ayant ressenti le 9ᵉ jour après le dernier novo un prurit cutané et une indisposition, le malade présente le lendemain une dermatite scarlatiniforme généralisée à la totalité des téguments cutanés. Le malade fut mis aux injections de thiosulfate de soude, pratiquées tous les 2-3 jours aux doses progressives de 3 à 20 centimètres cubes de solution à 10 o/o. La dermatite rétrocéda rapidement, mais les gommes de la jambe n'étaient pas encore totalement guéries. A titre de désinsibilisation, le malade reçoit 10 injections de chlorure de calcium à 10 o/o faites aux doses progressives de 2 à 10 centimètres cubes tous les 1-2-3 jours. Or, 22 jours après la fin de la première dermatite, le malade présente le début d'une récidive qui, en 6 jours, s'étend peu à peu à toute la surface cutanée et revêt des caractères identiques à la première.

L'intradermo-réaction avec le novosalvarsan fut très positive. L'analyse des urines décela des traces d'arsenic, mais la composition morphologique des urines n'était pas modifiée. Progressivement l'exanthème diminuait dans la suite, mais il dura quand même un mois, malgré la reprise du traitement par le thiosulfate de soude. Plus tard, le malade fut mis de nouveau à la cure désensibilisatrice par le chlorure de calcium, mais sans en attendre la fin, il a disparu de l'observation.

L'auteur a fait quelques expériences de transport passif de la sensi-

bilisation. Toutes les recherches faites d'après les méthodes de Prausnitz-Küstner (injection intradermique à un syphilitique supportant bien le néo du sérum du malade et de celui d'un autre tolérant au néo), de Lehner-Rajka (injection du sérum du malade dans la veine de l'oreille du lapin, puis scarification de la bulle formée et application d'une compresse au novo), ainsi que les recherches de la sensibilisation par rapport aux diverses substances (formaline, acide phénique, teinture d'arnica, d'iode, bismuth, novo), n'ont montré de résultats positifs qu'à l'égard du novosalvarsan. Ces données parlent donc en faveur d'une allergie spécifique vis-à-vis du novo observée chez le malade à la période de l'exanthème salvarsanique. Quant au mécanisme de la production des dermatites récidivantes, l'auteur, se basant sur ses recherches, conclut d'accord avec les autres, au rôle dominant du système nerveux végétatif. Dans le cas personnel de l'auteur, le novo a été retenu dans les organes internes, surtout le foie, d'où il a passé ensuite dans le torrent circulatoire. Les propriétés individuelles, congénitales ou acquises, de l'organisme jouent ici naturellement un grand rôle.

L'auteur conclut que les exanthèmes salvarsaniques récidivant spontanément peuvent se produire préférablement chez les sujets à système nerveux végétatif et foie atteints par quelques troubles fonctionnels, en rapport avec les particularités constitutionnelles de l'individu. Après une dermatite salvarsanique, il faut toujours s'abstenir de néo durant 3-4 mois pour permettre à l'arsenic de s'éliminer complètement de l'organisme et durant ce temps pratiquer un traitement désensibilisateur. En cas de reprise de la salvarsanothérapie, il faut montrer une grande prudence et prendre des mesures prophylactiques au moindre accident ou réaction. BERMANN.

Contribution au rôle du traumatisme dans la production des complications tardives de la blennorragie, par J. D. MARGOULIS (Bakou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 1, janvier 1931, pp. 59-66.

Après un aperçu bibliographique de la question, l'auteur rapporte 4 cas personnels prouvant le rôle du traumatisme dans l'éclosion des complications blennorragiques tardives. Les voici :

I. — Un conducteur de tramway, âgé de 46 ans, marié, père de 6 enfants et menant une vie sexuelle normale, a eu la blennorragie à 23 ans et se croit guéri depuis lors. L'année passée, il a eu des accès paludéens, accompagnés d'orchite g. et des troubles de la miction. Le tout a été attribué à la malaria et a guéri par un traitement à la quinine. Récemment, après un violent accès paludéen, début de tuméfaction rouge, douloureuse et œdémateuse à l'angle pénoscrotal, avec fièvre. Le phlegmon fut incisé et le pus qui y était contenu a montré des gonocoques en culture. Après la guérison du phlegmon, on trouve des gonocoques dans le suc prostatique. Après quelques injections de vaccin antigonococcique, apparaît une sécrétion uréthrale renfermant des gono-

coques. La femme du malade examinée à plusieurs reprises n'a montré rien de particulier. Le malade guérit au bout de 3 mois environ.

II. — Un peintre de 52 ans, marié, se plaint de douleurs articulaires au genou et au coude après une chute d'un échaffaudage. Blennorragie il y 1 an 1/2, compliquée d'arthrites du genou et du coude (les mêmes). Dernier coït il y a 16 ans. L'examen de la femme du malade ne décèle rien de particulier. L'examen du système uro-génital ne montre qu'un rétrécissement uréthral, pas de sécrétion, ni de gonocoques. Après une injection de gonovaccin, apparaît une sécrétion purulente à gonocoques. On constate en plus un canal para-uréthral, dont le pus contient aussi des gonocoques. L'arthrite guérit en 3 semaines. La dilatation reprise après la cessation des sécrétions uréthrales fait récidiver l'arthrite. Le malade fut traité pendant 5 mois et se trouve encore en observation.

III. — Un musicien de 35 ans, marié et père de plusieurs enfants, se plaint de douleurs aux articulations des doigts de la main avec rougeur et tuméfaction. Ces phénomènes sont apparus après une chute en état d'ivresse dans une flaque d'eau où le malade resta toute la nuit. Blennorragie non compliquée traitée et guérie, il y a 4 ans. Dernier rapport il y a 25 jours. Le suc prostatique montre des gonocoques. L'injection de vaccin antigonococcique fait réapparaître une sécrétion uréthrale purulente à gonocoques. Douleurs dans presque toutes les articulations, forte réaction générale, focale et locale. La femme du malade est absente et n'a pu être examinée. Le traitement fut long et difficile (6 mois).

IV. — Un boulanger de 49 ans, marié, se plaint d'épididymite subaiguë et d'hématurie terminale. Blennorragie, il y a 16 ans. La sécrétion prostatique montre des gonocoques, mais pas celle de l'urèthre. Après le deuxième massage de la prostate, polyarthrite douloureuse et œdémateuse, plusieurs articulations ont été longtemps atteintes. La femme du malade ne présente rien de particulier.

Dans tous les 4 cas, la blennorragie restait donc à l'état latent et sous l'influence du traumatisme le gonocoque est redevenu virulent. Le rôle du traumatisme dans la production des complications tardives est indubitable dans les cas cités à cause de l'absence d'une nouvelle contagion, la bonne santé des femmes des malades, les altérations prostatiques, l'aggravation après le gonovaccin et l'arrêt rapide des sécrétions uréthrales réapparues.

A part le traumatisme, la complication gonococcique tardive nécessite aussi des particularités constitutionnelles individuelles et des conditions professionnelles, ainsi que le concours d'autres circonstances encore peu connues.

L'auteur conclut que les blennorragiques latents ont besoin d'une longue observation, car déclarés sains, ils présentent encore des foyers de gonocoques qui peuvent se réveiller par un traumatisme, le gonovaccin, etc. Cette question joue un grand rôle dans la médecine légale et dans la médecine des accidents. Le traitement de ces malades doit

être prolongé, prudent et tendre surtout au relèvement des forces défensives de l'organisme. BERMANN.

A propos du diagnostic du chancre mou, par J. J. MOUNDÈRE (Rostov-sur-le-Don). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nº 1, janvier 1931, pp. 66-68.

Après avoir rappelé les difficultés survenant fréquemment au cours du diagnostic clinique du chancre mou et les erreurs qui peuvent en résulter, l'auteur rapporte ses résultats personnels obtenus par le diagnostic bactériologique, d'après la méthode de Nicolau et Bancu. Dans 45 cas diagnostiqués cliniquement comme chancrelle, l'auteur a procédé ainsi : on prélève 5 centimètres cubes de sang veineux dans un flacon stérile avec des boules de verre ; le sang défibriné est mélangé dans une proportion de 1 p. 5 avec de l'eau peptonée à 1 o/o. Le même jour, le chancre mou est nettoyé, désinfecté par la teinture d'iode et est recouvert pour 24 heures avec du coton et du collodion. L'ensemencement du pus recueilli sous le collodion ne se fait que le lendemain afin d'éviter la phagocytose du sang frais. Après l'ensemencement, le milieu est bien agité, remué pour permettre au pus le contact avec le sang. Thermostat à 35°-37° pendant 24-48 heures. Les streptobacilles se multiplient d'abord sous forme de chaînettes courtes, mais après quelques réensemencements les chaînettes deviennent longues.

Sur 45 malades, 5 cas suspects ont dû dans la suite être éliminés, comme étant non chancrelleux. Parmi les 40 cas de chancre mou, l'ensemencement a été positif dans 18 cas, donc 45 o/o. En comparaison avec l'examen bactériologique qui ne fournit que 10 à 15 o/o de résultats positifs, la méthode de Nicolau et Bancu est de beaucoup préférable et mérite un usage répandu.

BERMANN.

Contribution au traitement du lupus érythémateux par les préparations bismuthiques, par W. J. JAKOBSON et K. S. BARKOFF (Orékhowo-Zouiéwo et Likino-Doulléwo). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nº 1, janvier 1931, pp. 68-70.

Après avoir insisté sur la difficulté et la durée du traitement du lupus érythémateux contre lequel on a préconisé une foule de médicaments, les auteurs ont décidé d'appliquer dans leurs deux cas personnels le traitement par le bismuth recommandé surtout par les savants français.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un marteleur de 38 ans, marié, père de 4 enfants bien portants et originaire d'une famille saine. La maladie a débuté, il y a 6 mois, par une tache rouge à la joue gauche. Peu à peu la tache s'est étendue au dos du nez et à la joue droite formant une large tache en forme de papillon. Ensuite des taches analogues se formèrent au cou et au menton. Pas de sensations subjectives. Réactions de Pirquet, de Bordet-Wassermann et de Kahn négatives.

Le second cas a trait à une femme mariée ayant 3 enfants sains. Son affection a débuté il y a 4 mois par une tache rouge située au dos du

nez. Petit à petit, la tache s'est propagée aux deux joues et présente les caractères typiques de lupus érythémateux. Réactions de Pirquet, de Kahn et de Bordet-Wassermann sont négatives. Rien de particulier aux antécédents de la malade.

Les 2 malades furent traités au début par la méthode de Hollaender (2 fois par jour 1 gramme de quinine et 10 minutes après badigeonnage à la teinture d'iode). Ce traitement n'a rien donné dans le premier cas et a aggravé le second. C'est alors qu'on a abordé le traitement par les injections de bijochinol (Quinby russe). Dès les premières injections, le lupus pâlissait et a disparu, sans presque laisser de traces. Le premier malade a terminé la série des 12 piqûres et n'a pas eu de récidives au bout d'un mois après la fin du traitement. La seconde malade est partie presque tout à fait guérie après 10 injections. Aucun autre traitement n'a été appliqué durant la bismutothérapie. Les auteurs préconisent l'emploi de ce mode de traitement dans les cas de lupus érythémateux. BERMANN.

Un cas de maladie de Fox-Fordyce, par S. W. ARKHANGHELSKY (Ivanovo-Voznessensk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 1, janvier 1931, pp. 70-74.

Après des considérations générales relatives à cette rare affection, l'auteur rapporte un cas personnel.

Il s'agit d'une femme de 43 ans, russe, tisserande, se plaignant depuis une année de prurit intense aux deux aisselles et au mamelon gauche. Ce prurit diminue la nuit, mais s'exaspère par la transpiration et les émotions. Les poils des aisselles sont rares et blancs.

Mariée à 19 ans, la malade est infectée de syphilis par son mari et ne reçoit que 30 piqûres de sublimé pour tout traitement. Une seule grossesse terminée par un avortement à 3 mois.

Depuis 2 ans, la malade a une dyspnée, des palpitations et des douleurs gastriques. On trouve une insuffisance des valvules sigmoïdes et mitrales, avec dilatation aortique. Catarrhe gastrique. Anisocorie, réaction à l'accommodation paresseuse, aréflexie achilléenne. La malade est très émotive.

Les creux sous-axillaires montrent des papules nombreuses, foncées, rondes ou polygonales. Même image au mamelon gauche. La biopsie confirme le diagnostic de maladie de Fox-Fordyce. Bordet-Wassermann + + + +. La malade fut mise au traitement spécifique mixte. Tous les traitements antérieurs ont échoué et même les rayons X. Dès les premières injections de bismuth et de néo, le prurit a diminué, puis a complètement cessé. La malade a reçu 6 injections intraveineuses de néo (2 gr. 10) et 10 injections intrafessières de bijochinol (Quinby russe).

Revue 4 mois plus tard, la malade n'a pas eu de prurit, ni de lésions anatomiques de sa maladie antérieure. Bordet-Wassermann négatif.

Après un séjour de 1 mois 1/2 à la clinique thérapeutique, la malade est décédée de faiblesse cardiaque. L'autopsie n'a pas été pratiquée.

L'auteur conclut que la maladie de Fox-Fordyce dont l'étiologie reste encore obscure constitue une affection des glandes apocrines due aux troubles endocrines provoqués à leur tour par des causes multiples, par exemple, la syphilis (le cas de l'auteur), la tuberculose, les maladies infectieuses, nerveuses, gastriques, etc.

BERMANN.

L'influence des diverses conditions sur la marche de la blennorragie, par J. M. POROUDOMINSKY (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 1, janvier 1931, pp. 74-82.

L'opinion que la blennorragie n'est plus une affection locale, mais une maladie générale pouvant intéresser toute l'économie, n'est plus combattue actuellement par personne. Les métastases, la septicémie et la pyémie dues aux gonocoques prouvent suffisamment que ces microbes peuvent librement circuler dans le sang, ainsi que leurs toxines. La réaction de Bordet-Gengou est souvent positive dans les premières semaines de la maladie. L'uréthrite même antérieure provoque fréquemment des symptômes généraux.

La différence de l'évolution de la blennorragie chez divers sujets dépend non seulement de la virulence inégale du gonocoque, mais aussi de la variabilité des forces défensives de l'organisme. Le microbe atténué peut provoquer des manifestations aiguës dans un organisme affaibli, et vice-versa. Les formes torpides sont dues non seulement aux microbes peu virulents, mais aussi aux forces défensives affaiblies, par exemple, chez les sujets cachectiques, anémiés, ayant des maladies chroniques et épuisantes. Les asthéniques présentent une blennorragie longue, lente, les athlétiques ont une maladie à marche rapide et intense. Les picniques présentent surtout une longue durée de l'affection.

A part la constitution, les excès génitaux (coït, onanisme) influent également sur la marche de la blennorragie, en créant une stase sanguine et en affaiblissant le tonus musculaire. D'autre part, les hémorroïdes, la constipation, etc., exercent la même influence néfaste.

La structure des vésicules séminales, de la prostate, du méat urinaire, des glandes uréthrales exerce également une action favorable ou défavorable sur le pronostic de la blennorragie, selon que l'appareil glandulaire est plus ou moins développé. Les manipulations locales n'ont d'autre effet que d'activer la nutrition des tissus par l'amélioration de la circulation, puis de provoquer une auto-immunisation. La même action est provoquée par la vaccino et lactothérapie. Le médecin doit attentivement étudier toute l'économie du malade et agir non seulement sur la manifestation génitale, mais aussi tâcher de relever les forces défensives de l'organisme entier, en corrigeant les influences nocives et en améliorant les bonnes, tout en prenant les mesures prophylactiques nécessaires contre les complications possibles.

BERMANN.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

La dermite du nickel, par Ch. Dubois. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, n° 12, 21 mars 1931, pp. 278-280.

L'auteur constate que, pour Schittenhelm et Stockinger, la majorité des ouvriers nickeleurs tombe malade après 8 à 20 jours de travail, tandis que les expériences de W. Jadassohn et Schaaf et leurs observations témoignent contre la fréquence de la sensibilisation. Dubois s'explique cette divergence par la différence des conditions dans lesquelles ces observations ont été faites. Car lui-même a constaté que la dermite du nickel — par dermite, il désigne toute réaction cutanée aiguë dont la cause est « déterminable », tandis qu'il réserve le terme d' « eczéma » pour « cette entité morbide, congénitale qui réagit à n'importe quelle cause » — se produit à plus de 80 o/o aux grandes usines où le nickelage se fait par bains chauds et où, par suite, les ouvriers travaillent sans cesse dans une épaisse vapeur de solution de nickel. D'autre part, les usines qui font le nickelage à froid et où il n'y a pas de développement de vapeur, ne présentent aucun cas de dermite du nickel. Il résulte de ces observations que la maladie existe — l'auteur en donne tous les détails — mais ces constatations expliquent aussi pourquoi les recherches expérimentales par simple application de la solution sur des peaux normales ne donnent pas de résultats. Par contre, les malades en traitement ou déjà guéris donnent facilement des réactions typiques. Bien que les conditions dans lesquelles la toxicité du nickel se manifeste ne soient pas souvent réalisées, l'auteur trouve que le nickel devrait figurer sur la liste des toxiques aussi bien que le chrome par exemple. Au point de vue assurance, la dermite du nickel devrait être envisagée comme un accident de travail. Quant aux considérations théoriques sur la réaction de sensibilisation, cette dermite s'y prête peu. L'auteur croit à une intoxication endo ou exogène des terminaisons nerveuses qui déclanche un état inflammatoire spécifique, uniforme pour toutes les peaux avec des intensités variables suivant le degré de sensibilité individuel.

Max Henri Welti.

LIVRES NOUVEAUX

Prurits et prurigo, par Lucien Hudelo. *La Pratique Médicale illustrée*, in-8° de 40 pages avec 10 figures hors texte. G. Doin et Cie, éditeurs.

Il fallait toute la longue expérience et la science consommée d'un maître de la Dermatologie pour apporter un peu de clarté dans cette question des plus complexes. Les remarquables rapports de Favre (Lyon) et Civatte sur la pathogénie des prurits et des prurigos au Congrès des dermatologistes de langue française (1929), avaient montré toute la difficulté de la question et les résultats acquis. La séparation, dit Civatte, entre prurits et prurigos est arbitraire : la même cause peut provoquer tantôt des prurits violents sans lésions cutanées, tantôt des prurigos typiques ; on peut observer chez le même malade le passage de l'un à l'autre.

Éliminant rapidement les prurits provoqués et les prurits secondaires, l'auteur envisage trois ordres de faits :

I. — Le grattage, conséquence du prurit, laisse la peau intacte, produisant de simples lésions traumatiques, ce sont les *prurits purs, primitifs, essentiels.*

II. — Sous l'influence de grattages intenses, renouvelés ou prolongés, il se développe une *réaction cutanée* secondaire, du type inflammation chronique ; c'est la *lichénisation* de Besnier qui, ici, se produit en peau saine, elle est *primitive.* Elle pourra être localisée ou diffuse. Cette lichénification se retrouve au cours de l'évolution progressive des dermatoses démangeantes : lichénification *secondaire.*

III. — Enfin, le prurit primitif provoque consécutivement des réactions à type spécial, sous forme de papules, de papulo-vésicules. Prurigos papuleux ou prurigos vrais.

Pour chacun de ces types, H. étudie minutieusement l'étiologie, montrant du fait des associations combien est souvent difficile la tâche du clinicien, qui a non seulement à calmer la poussée en cours, mais à prévenir les récidives si fréquentes, en traitant le terrain spécial du sujet. Toutes les médications externes et internes sont schématisées, et l'auteur indique celles qui lui ont donné les résultats les plus satisfaisants.

H. Rabeau.

La syphilis héréditaire larvée, par E Lesné et A. Boutelier. *La Pratique Médicale illustrée,* Paris 1931, 56 pages. G. Doin et Cie, éditeurs.

Dans ce travail qui reproduit sensiblement leur rapport au Congrès de la syphilis héréditaire, les auteurs étudient ces manifestations de la syphilis héréditaire « dont la nature tréponémique, dissimulée pour ainsi dire, ne s'impose pas d'emblée et risque d'être méconnue. »

Ils chiffrent à 10 o/o la fréquence de la syphilis héréditaire chez les enfants hospitalisés à Trousseau. Passant en revue les éléments du diagnostic, ils estiment que le plus important en faveur de l'origine syphilitique d'un syndrome est sa fréquence plus grande chez les hérédo syphilitiques que chez les autres sujets.

Ils font ensuite une étude clinique détaillée des affections rattachables à cette étiologie, indiquant les principales références pour chacune d'entre elles et à l'occasion citent les textes originaux. Il nous est impossible d'analyser en détail ce travail très complet qui n'est pas seulement une énumération mais s'accompagne d'une discussion critique des faits rapportés. Les chapitres traités sont les troubles de croissance, de nutrition, des glandes endocrines, les lésions ostéo-articulaires, nerveuses, digestives, hépatiques, respiratoires, cardio-vasculaires, rénales, cutanées, sanguines, lymphatiques et les malformations congénitales.

Tout en reconnaissant la très large place de l'hérédo-syphilis dans la pathologie infantile, les auteurs lui dénient un rôle étiologique dans les affections suivantes :

le diabète infantile, même familial, que n'améliore nullement le traitement spécifique ;

les deux tiers des athrepsies ou hypotrophies où l'insuline donne parfois des résultats inespérés ;

le cranio-tabès non congénital que guérissent les rayons ultra-violets ;

le rachitisme, très rare chez les hérédo-syphilitiques et dû à la privation de lait maternel et à l'usage précoce du pain et des farineux ;

nombre de réactions méningées ;

les convulsions après le 5[e] mois ;

la chorée de Sydenham, sauf dans de très rares formes tenaces et prolongées ;

le mongolisme (5 o/o seulement d'hérédo-syphilis parmi eux) ;

les affections pulmonaires aiguës et l'asthme infantile ;

nombre d'entérocolites chroniques, même parmi celles qu'améliore le tréparsol ;

l'eczéma du nourrisson ; le strophulus généralement liés à une alimentation incorrecte ; cependant *l'hérédo-syphilis peut intervenir dans leur production soit en lésant le foie, soit en créant un terrain favorable à l'établissement d'une sensibilisation* ;

les néphrites chroniques de l'enfance, sauf exceptions (dans tous les cas se méfier du bismuth).

Résumant ensuite l'évolution suivant l'âge, les auteurs insistent sur l'importance de l'examen clinique, de la recherche des anamnestiques et mettent en garde sur la signification des recherches biologiques, for-

mule sanguine, réaction de Wassermann et examen du liquide rachidien.

Pour le traitement, ils montrent la nécessité d'un traitement prolongé, trois ou quatre ans ou plus, l'obligation fréquente de faire des traitements dissimulés ; leur préférence va au sulfarsénol intramusculaire (5 à 10 milligrammes par kilogramme deux fois par semaine, 10 semaines, suivies de 1 à 2 mois de repos). Enfin, ils soulignent l'importance des traitements adjuvants, opothérapie, vitamines, rayons ultra-violets, cures climatiques et thermales.

A. Bocage.

Dictionnaire médical du langage allemand et français (Medizinisches Wörterbuch der deutschen und franzozischen Sprache), par P. Schober (en deux parties franco-allemande et allemande-française), 4e édit. F. Encke, édit., 1931.

Excellent vocabulaire de 360 pages, bien disposé, bien lisible, mis au courant et tout à fait propre à rendre des services considérables au médecin tenu de lire l'une ou l'autre de ces deux langues.

Ch. Audry.

Le Paaj. Une nouvelle dermatite vénéneuse (El Paaj. Une nueva dermatitis venenata), par Orestes Di Lullo. Universidad de Buenos-Aires. Mission de estudios de patologia régional argentina. Santiago del Estero, 1930. Monographie de 80 pages. Imprenta de la Universidad de Buenos-Aires, 1930.

Le « paaj » est une maladie cutanée qui se développe par suite du contact ou du voisinage du *quebracho colorado* (*Schinopsis Lorentzii*).

On l'a désignée sous le nom de mal de québracho, vent de québracho, coup de flèche de québracho ou simplement de québracho.

Elle se caractérise par une éruption maculo-papuleuse, parfois vésiculeuse, ou bulleuse avec œdème et prurit intense généralisé et par des troubles généraux (fièvre, insomnie, céphalalgie, malaise, lassitude, anorexie, etc.).

Après une incubation de 24 à 48 heures, la maladie évolue en trois périodes : éruption, période d'état et desquamation.

Tous les sujets ne sont pas susceptibles de contracter le « paaj ». Il frappe des personnes de tout âge, de tout sexe et de toute provenance.

Il ne paraît pas conférer l'immunité.

On peut observer chez le malade durant la phase éruptive une hypersensibilité spécifique.

Il est possible de reproduire expérimentalement le « paaj » en frictionnant la peau avec des feuilles, des fleurs, des fruits du *quebracho colorado*.

Les mêmes lésions, mais cette fois sous forme de foyers limités, peuvent être obtenues par l'emploi de teintures alcooliques de feuilles, d'extraits alcooliques totaux ou partiels et d'extraits éthérés.

Les réactions positives obtenues par ces méthodes mettent en évidence la susceptibilité des sujets pour la maladie et leurs degrés respectifs de prédisposition.

J. Margarot.

De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes, par A. Allbix. 1 volume, 88 p., Peyronnet, Paris, 1930.

Curieux livre qui présente des hypothèses de travail avec programme de vérifications expérimentales, plutôt qu'une démonstration rigoureuse des théories qu'il expose.

Il décrit une pseudo-inversion sexuelle, s'accompagnant le plus souvent d'anosmie pour les odeurs humaines, et se subdivisant elle-même en inversion physique due à un trouble sensitif de la sphère génitale (hypoesthésie par circoncision ou autre chez l'homme, qui favorise la recherche de moyens plus énergiques pour arriver à l'orgasme ; hyperesthésie chez la femme qui préfère au contraire des contacts plus légers), et inversion psychique (recherche de la beauté absolue, de la forme androgyne).

L'inversion vraie lui paraît liée à une inversion de l'odorat ; l'inversion peut apparaître à la suite de circonstances fortuites que l'auteur détaille, ou se montrer congénitale, essentielle, liée le plus souvent à une androgynation accentuée au point de vue morphologique.

L'auteur pense que l'androgynation est beaucoup plus fréquente dans les milieux civilisés que chez les peuplades ou les animaux sauvages et il en trouve la raison principale dans la conservation chez ces derniers des rythmes sexuels, longs sommeils de l'instinct, puis phase de rut avec préparation plus ou moins compliquée précédant l'accouplement. Les mutilations sexuelles des Noirs seraient une tradition ayant pour but la conservation de ces rythmes favorables à la conservation d'une espèce vigoureuse. Des nombreux faits qu'il passe en revue se dégage aussi cette notion qu'un individu en état d'hypercrinie sexuelle, insuffisamment satisfait, tend à engendrer un individu de sexe opposé au sien. Ainsi un mâle surmené, peu excité, s'accouplant avec une femelle inassouvie donnera une progéniture mâle, et réciproquement.

L'auteur termine en souhaitant pour l'homme le retour aux vieilles traditions, en particulier aux coutumes catholiques, qui favorisent le sommeil sexuel de la femme, utile pour l'avenir de l'espèce.

A. Bocage.

Un essai de réglementation sanitaire de la prostitution. Le service sanitaire de Lyon, par Pierre Gerbenne. Préface de Carle.

Dans sa thèse, chose rare bien imprimée et bien présentée, l'auteur expose comment un simple service de triage médical des prostituées est devenu un Dispensaire et il fait ressortir les résultats importants qui ont été ainsi obtenus. L'auteur est néo-réglementariste, si j'ai bien compris, c'est-à-dire qu'en attendant les temps meilleurs, il est partisan de l'inscription, tout au moins pour les récalcitrantes, tout en remplaçant, autant que faire se peut, la coercition policière par la persuasion médicale. C'est aussi mon avis. Les défauts, pour ne pas dire plus, de la réglementation, viennent moins de son principe que de la façon dont elle est réalisée, tout au moins à Paris, pour la partie non médicale de l'institution.

Clément Simon.

La prostitution et les maladies vénériennes en Roumanie, par le Dr Aurel VOINA, 1 vol. in-8° de 168 pages. A Bucarest, chez l'auteur, boulevard Elisabeth 89.

Cet ouvrage est écrit en roumain, mais il se termine par deux résumés, d'ailleurs très courts, en français et en anglais. L'auteur nous donne un historique de la vénéréologie en Roumanie où la syphilis était individualisée dès 1496, c'est-à-dire en même temps que dans le reste de l'Europe. Il étudie ensuite la syphilis et la blennorragie comme facteurs de la dépopulation et ses constatations sont parfaitement superposables à celles que nous pouvons faire ici. La prostitution est là, comme ailleurs, le principal agent de la diffusion des maladies vénériennes. La Roumanie applique la réglementation. A Bucarest comme à Paris, le nombre des maisons publiques diminue, ce qui tient à l'augmentation de la prostitution clandestine, la plus dangereuse. Pour lutter contre l'extension de la syphilis, de nombreux dispensaires ont été créés. Les résultats sont bons. Les autres moyens prophylactiques, notamment ceux d'ordre moral, sont préconisés. L'auteur est partisan du traitement obligatoire. Des superstitions curieuses entravent l'éducation prophylactique dans les campagnes où l'on voit aussi appliquer encore les fumigations mercurielles dont l'auteur donne une gravure naïve. Le court résumé que je résume à mon tour donne le regret de ne pas connaître assez la langue roumaine. CLÉMENT SIMON.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.



TRAVAUX ORIGINAUX

SUR LA MALADIE DE FOX-FORDYCE

Par S. NEUMARK
Travail de la Polyclinique des maladies cutanées et vénériennes
de la Caisse des Assurances-Maladies à Lodz (Pologne).

La maladie de Fox-Fordyce a été souvent considérée comme une dermatose rare, peu connue et d'un intérêt médiocre. Cependant depuis les recherches très importantes de Schiefferdecker sur les glandes sudoripares apocrines et surtout depuis qu'on a mis en relation la maladie de Fox-Fordyce avec des troubles sécrétoires des glandes apocrines (W. Pick, H. Fischer) le nombre des travaux consacrés à la connaissance de cette dermatose s'est accru très vite en peu de temps.

Le vif intérêt que suscite la symptomatologie spéciale de la maladie de Fox-Fordyce est encore augmenté par le fait que l'étiologie et la pathogénie de cette dermatose ne sont pas jusqu'à présent complètement éclaircies. C'est pourquoi dans les dernières publications sur la maladie de Fox-Fordyce on s'efforce surtout d'attirer l'attention sur ce problème assez complexe, sans cependant pouvoir trouver une solution définitive. Le fait que surtout dans les dernières années de nombreux cas de cette maladie furent publiés est dû plutôt à l'attention réveillée et à la connaissance plus complète du tableau morbide qu'à son extension brusque.

Nous avons eu l'occasion d'observer l'année dernière 3 cas bien caractéristiques de la maladie de Fox-Fordyce. Cette dermatose étant encore peu observée, aussi bien en France qu'en Pologne (6 cas français publiés : Burnier et Bloch, Laurentier, Pautrier, Lortat-Jacob et Gastinel, Louste, Lévi-Franckel et Juster ; et 4 cas polonais : Karwowski et Dobak, Walter, Chorazak et Ostrowski, Turck), nous n'avons pas jugé hors de propos de publier nos 3 cas personnels, dont quelques détails sont intéressants, pour arriver

à une vue générale, en mettant également à profit les dernières publications à ce sujet.

Tout d'abord, la localisation des lésions pathologiques de la peau est caractéristique et concerne exclusivement certains endroits du corps, notamment les creux axillaires, le pourtour des aréoles des mamelons, le pubis et les grandes lèvres, beaucoup plus rarement la région de l'ombilic. Les autres symptômes marqués de cette dermatose sont non moins significatifs. Une durée excessivement longue de la maladie, parfois de 7 ans et davantage, un prurit violent, survenant par crises à plusieurs reprises au cours de la journée et tellement intense, surtout pendant la nuit, que non seulement il oblige les malades à se gratter énergiquement, mais encore peut provoquer à la suite une insomnie complète. Le prurit est nettement prééruptif et précède d'un temps plus ou moins long, de quelques jours (notre cas n° 2) jusqu'à même 11 ans (cas n° 3) l'apparition des lésions cutanées. Les démangeaisons deviennent encore plus accentuées pendant et surtout avant les règles, ainsi que dans les états d'énervement. La plupart des auteurs indiquent que la maladie de Fox-Fordyce survient chez des individus très nerveux, mais il semble qu'un prurit à crises répétées et d'une intensité remarquable peut provoquer même chez des individus auparavant tout à fait normaux, un état d'énervement du plus haut degré. Les démangeaisons sont exclusivement localisées aux régions ci-dessus indiquées où, après une durée plus ou moins longue, apparaît une éruption disposée d'une façon symétrique et qui consiste en petites papules de forme aplatie, irrégulièrement arrondies, ovalaires ou hémisphériques, de dimension allant d'une tête d'épingle jusqu'à un petit pois, de couleur chair, rose-rouge, gris-rouge, jaunâtre, un peu bistre.

Ces papules sont aux aisselles assez étroitement serrées et disposées en stries linéaires, cependant elles sont nettement isolées les unes des autres, ce qu'on peut démontrer en étendant la peau avec les doigts. Au centre de ces papules se trouve souvent une légère dépression ou une petite corne hyperkératosique, d'où cette sensation de râpe au toucher. Les papules sont parfois centrées par des poils, en grande partie lésés, plus ou moins grêles, secs, courts et souvent cassés, probablement à la suite du grattage et qui tombent ensuite, de sorte que dans les cas de maladie de Fox-

Fordyce d'une durée un peu longue les deux creux axillaires sont à peu près complètement glabres. La chute des poils aux aisselles peut commencer avant l'apparition des papules décrites ; sur les autres régions envahies elle est beaucoup moins appréciable. La peau aux creux axillaires est légèrement pigmentée, probablement à la suite du grattage continu. Aux seins le pourtour des mamelons est parfois également légèrement pigmenté, et on trouve sur cette zone des papules séparées les unes des autres, un peu plus volumineuses, atteignant la grandeur d'un grain de millet, de couleur chair, souvent coniques, en général de même caractère que les papules des régions axillaires. Sur le pubis et les grandes lèvres les papules sont encore plus grandes, atteignant parfois la grandeur d'un petit pois, de couleur rose-rouge ou livide, aplaties, disséminées, mais souvent confluentes en une surface légèrement mamelonnée. En ce qui concerne la sécrétion sudorale, surtout aux aisselles elle était dans certains cas publiés nettement accentuée, dans d'autres indiscutablement diminuée, dans la plupart des cas décrits tout à fait normale.

Parmi les 3 cas de maladie de Fox-Fordyce observés par nous, chez une malade la sécrétion sudorale aux régions atteintes et surtout aux aisselles a été minime ; dans l'autre cas, d'un degré moyen ; par contre chez la troisième malade la sudation a été nettement exagérée et augmentait davantage pendant les règles ainsi que dans les états d'énervement. Il faut cependant noter que l'exagération de la sudation apparaissait non seulement aux aisselles, mais encore au cuir chevelu et à la lèvre supérieure, ce qui semble indiquer un hyperfonctionnement des glandes sudoripares eccrines de ces régions dans les états précités.

Enfin la dermatose de Fox-Fordyce est généralement considérée comme très réfractaire aux interventions thérapeutiques de toutes sortes, aussi bien par les pommades ou pâtes, par la protéinothérapie que par l'irradiation au moyen des rayons X.

Nous n'avons pu traiter que deux de nos malades. Chez l'une l'irradiation répétée par les rayons X n'a amené qu'une amélioration légère. Par contre chez l'autre malade le traitement par l'insuline nous a donné d'excellents effets en soulageant puis en supprimant un prurit violent, pour aboutir à une amélioration objective considérable. Nous croyons donc utile, d'ores et déjà, d'attirer

l'attention sur ce moyen thérapeutique assez efficace. Chose à retenir, chez cette malade avec une amélioration notable nous avons pu constater une repousse des poils assez nombreux aux aisselles jusque-là presque glabres et au pourtour des mamelons, ainsi que l'augmentation de la sécrétion sudorale non seulement aux creux axillaires, mais aussi au niveau des parties génitales externes.

Les cas de maladie de Fox-Fordyce se trouvant maintenant assez souvent décrits, nous nous dispensons d'en faire une description détaillée, rapportant seulement une histoire de maladie plus complète et deux autres en marquant les points plus intéressants.

Cas n° I. — N. A.., âgée de 33 ans.

31/VIII/29. — La maladie date de 3 mois. Au commencement, la malade avait seulement des démangeaisons au niveau des creux axillaires, des aréoles des mamelons ainsi que sur le pubis et sur les grandes lèvres. C'est un mois après qu'elle constata l'apparition des petites papules aux régions indiquées. Le prurit survenait par crises d'intensité égale assez fréquentes, souvent chaque heure et tellement violentes que la malade était obligée de se gratter jusqu'au sang surtout pendant la nuit, de sorte qu'elle souffrait depuis un certain temps d'insomnie. Le prurit est particulièrement violent et tenace au niveau du pubis et des grandes lèvres. La malade nous raconte qu'elle a remarqué depuis quelques semaines une chute des poils au niveau des creux axillaires, au pourtour des mamelons mais surtout dans la région génitale externe, de sorte que chaque matin elle ramassait des nombreux poils sur le drap.

Depuis 3 ans, notre malade est très nerveuse. Constipation habituelle. Les règles sont normales, depuis sa 14[e] année, chaque 4 semaines, d'une durée de 4-5 jours, sans douleurs. Elle souffre depuis un certain temps de pertes blanches. Jamais elle ne sentit aucun désir sexuel et n'éprouva aucun orgasme pendant les rapports sexuels. La malade nous avoue qu'au moment du grattage féroce au niveau des parties génitales externes à la suite d'un prurit très intense, elle ressent cependant un vif plaisir sexuel, qu'elle regrette de ne pouvoir éprouver au moment des rapports normaux.

Objectivement, on constate des lésions suivantes. Au niveau de deux creux axillaires, surtout du côté droit, on trouve des papules faisant un semis assez dense, disposées linéairement, de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à un grain de millet de forme aplatie ou hémisphérique, de couleur rose pâle ou jaunâtre, de surface lisse contenant en partie dans leur milieu des poils peu abondants, secs, décolorés, et en grande partie cassés. Sur la peau un peu pigmentée on constate de nombreuses traces de grattage.

La sudation aux aisselles manque à peu près, cependant elle apparaît parfois à un degré minime. Tout autour de l'aréole des deux mamelons

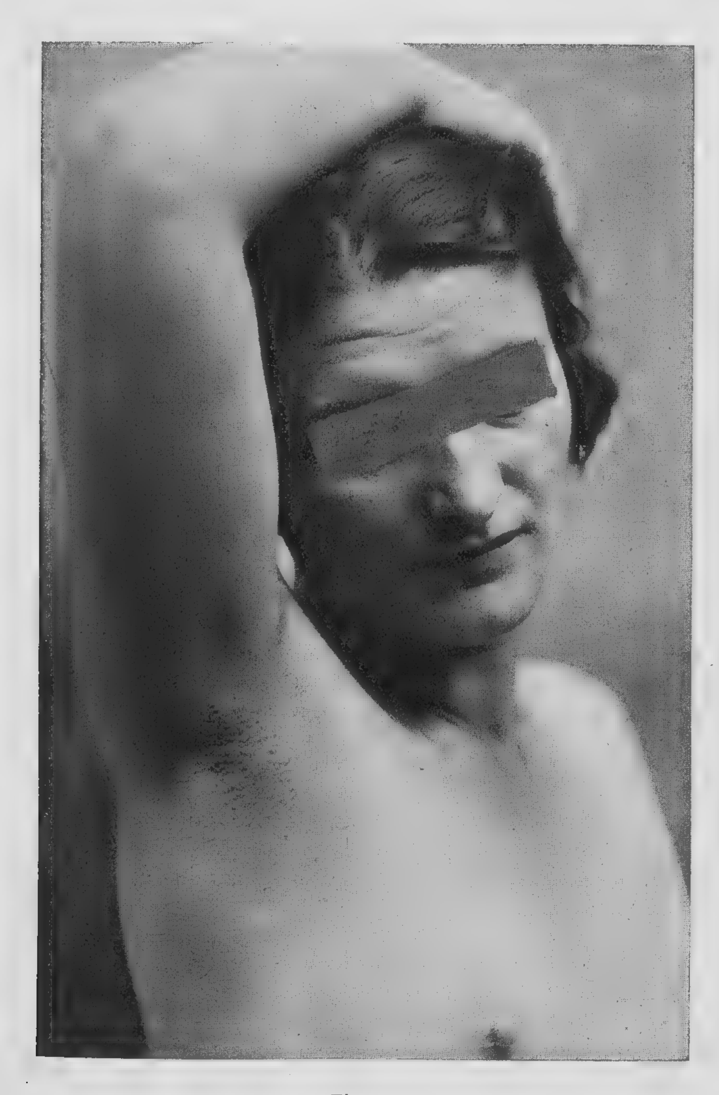


Fig. 1.

sont disséminées des papules, de la grandeur d'un grain de millet, de forme légèrement conique, de couleur chair et presque toutes égratignées. Les poils y manquent complètement. La malade affirme que pen-

dant les crises de prurit le nombre des papules augmente d'une façon appréciable. De même sur le pubis et sur la face interne des grandes lèvres des nombreuses papules encore plus volumineuses, jusqu'à la grandeur d'un petit pois, aplaties, de couleur rose-rouge, disséminées ou agglomérées en petits foyers et en grande partie égratignées.

Aux poumons rien de particulier ; à la percussion on constate une augmentation des limites du cœur d'un travers de doigt à gauche, peu appréciable à droite. A l'auscultation les bruits du cœur sont sonores. Le pouls est irrégulier, un peu plus rapide que normalement ; souvent une extrasystole. La thyroïde est nettement augmentée et sensible au toucher. Tremblement et craquement des doigts, clignement des paupières assez rares ; les pupilles sont dilatées, mais réagissent bien à l'accommodation et à la lumière.

Pouls au repos complet dans la position couchée : 84/104, 84/100, 88/80, avant et après la compression des globes oculaires. Après l'injection intraveineuse de 1 mg. 2 d'atropine, pouls dans la position couchée, 124 ; debout, 164 ; recouchée, 124.

Les pupilles sont encore davantage dilatées ; la face est rouge ; sécheresse marquée du pharynx.

2/IX/29. — Sucre du sang à jeun 0,87 o/oo. Une demi-heure après l'absorption de 25 grammes de glucose d'après la méthode de Maranon : glycémie : 1,36 o/oo ; une heure après, 0,9 o/oo ; une heure et demie après, 0,63 o/oo.

4/IX/29. Cholestérine dans le sérum à jeun, 1,37 o/o ; taux d'acide urique dans le sang total, 2,5 o/oo ; taux d'azote résiduel, 30 mg. o/o. L'examen morphologique du sang montre : globules rouges, 4.500.000 ; globules blancs, 7,300 ; dont neutrophiles, 65 o/o ; éosinophiles, 3 o/o ; basophiles, 2 o/o ; lymphocytes, 27 o/o ; intermédiaires, 5 o/o. Après le repas d'épreuve d'Ewald quantité du contenu stomacal, 30 centimètres cubes ; l'acidité totale, 44° ; l'acide chlorhydrique libre, 30°.

5/IX/29. — L'examen morphologique du sang révèle : globules rouges, 3.900.000 ; globules blancs, 8.300 ; dont neutrophiles, 61 o/o ; éosinophiles, 6 o/o ; lmphocytes, 26 o/o ; mononucléaires et intermédiaires, 7 o/o.

14/IX/29. — Prurit très violent, surtout au commencement des règles. Aux creux axillaires, au pourtour des mamelons et surtout au niveau des grandes lèvres, des papules très égratignées et couvertes de croûtelles.

19/IX/29. — L'examen morphologique du sang montre : globules rouges, 2.820.000 ; globules blancs, 7.250 ; dont neutrophiles, 71 o/o ; éosinophiles, 9 o/o ; lymphocytes, 26 o/o ; mononucléaires, 6 o/o.

24/IX/29. — Cholestérine du sérum à jeun, 0,92 o/oo ; acide urique du sang total après un régime pauvre en purines, 2,4 o/oo ; urée, 29 mg. 5 o/o ; azote résiduel, 42 mg. 8 o/o. Sucre du sang à jeun, 0,89 o/oo ; une demi-heure après l'ingestion de 25 grammes de glu-

cose : glycémie, 1,20 o/oo ; 60 minutes après, 0,79 o/oo ; 90 minutes après, 0,61 o/oo.

La malade se plaint d'un prurit très intense et par crises assez fréquentes au niveau des régions ci-dessus indiquées. On y constate de nombreuses égratignures. Aucune amélioration objective après un traitement consistant en applications de pâtes et de différentes lotions, après des injections multiples du sang propre du sujet ou de lait en quantité de 5-10 centimètres cubes ainsi qu'après l'ingestion de nombreuses tablettes ovariennes. En nous basant sur la présence chez cette malade de symptômes d'hyperthyroïdie et sur notre expérience personnelle démontrant l'effet remarquable de l'insuline sur la disparition du prurit, nous avons commencé à injecter l'insuline quotidiennement à la dose de 20-30 unités, une fois par jour, en ajoutant au commencement une injection intraveineuse de glucose pour prévenir un choc hypoglycémique possible.

29/X/29. — Déjà après les premières injections d'insuline le prurit a diminué d'une façon considérable pendant la journée pour revenir pendant la nuit. On continue à injecter l'insuline à la dose de 30 unités par jour.

31/X/29. — La malade a reçu 30 injections d'insuline : plus de prurit au cours de la journée, sauf la nuit où elle est obligée de se gratter surtout au niveau des parties génitales externes.

Objectivement amélioration notable. Au niveau de l'aisselle droite la plupart des papules sont aplaties, de couleur rose, certaines complètement disparues en laissant une pigmentation légère. Pas de sudation.

Au niveau de l'aisselle gauche même amélioration, quoique d'un degré moins marqué. Les papules sont nettement aplaties, plus confluentes, de couleur rose pâle ou rose-gris, quelques traces de grattage.

Au pourtour des mamelons on constate aussi une amélioration, mais moins accentuée ; on y trouve des papules en nombre plus petit, cependant en grande partie égratignées.

Dans la région génitale, amélioration légère. Sur la face externe des grandes lèvres et sur le pubis, papules disséminées de la grandeur d'une lentille, de forme arrondie ou ovalaire, couleur rose-rouge ou livide, très prurigineuses.

2/XI/29. — Biopsie au niveau de l'aisselle droite à l'endroit des papules restées sans changement.

8/XI/29. — Infiltration assez profonde de la grandeur d'un œuf de pigeon au niveau de l'aisselle droite, fluctuante dans sa partie centrale ; après incision il apparaît un pus gris verdâtre.

14/XI/29. — Après quelques injections intramusculaires de propidon et de lait la résorption de l'infiltration s'est produite.

8/III/30. — Depuis le 15/XI/29, jusqu'au 8/III/30, la malade ne s'est pas soignée du tout à cause de notre absence. Elle nous raconte qu'elle a beaucoup souffert à cause de démangeaisons parfois terribles, surtout pendant la nuit.

A l'examen, on constate tout d'abord que les poils manquent complètement aux creux axillaires. Des nombreuses traces de grattage non seulement au niveau des aisselles, mais aussi au pourtour des mamelons et sur les parties génitales externes. Le nombre des papules a un peu augmenté, elles sont devenues plus confluentes surtout aux aisselles, de sorte qu'on croit y voir une sorte de lichénification de la peau ; cependant, en étendant la peau avec les doigts, de nombreuses papules bien distinctes les unes des autres et disposées linéairement apparaissent d'une façon assez nette.

L'examen morphologique du sang révèle : globules rouges, 3.900.000 ; globules blancs, 8.300 ; dont neutrophiles, 61 o/o ; éosinophiles, 6 o/o ; lymphocytes, 26 o/o ; mononucléaires et intermédiaires, 7 o/o. On recommence donc à injecter l'insuline par doses de 20-30 unités par jour.

2/IV/30. — Glycémie à jeun, 0,9 o/oo ; globules rouges, 4.400.000 ; globules blancs, 4.100 ; dont neutrophiles, 57 o/o ; éosinophiles, 7 o/o ; basophiles, 1 o/o ; lymphocytes, 31 o/o ; mononucléaires, 4 o/o.

Depuis le 8/III jusqu'au 2/IV/30, la malade a reçu quotidiennement des injections d'insuline. Au commencement, l'effet de l'insulinothérapie sur la disparition du prurit s'est souverainement affirmé, cependant il fallait augmenter la dose jusqu'à 60 unités et davantage à injecter par jour, de sorte qu'on fut obligé de cesser les injections d'insuline. Nous avons prescrit des bains ultra-violets.

6/IV/30. — La malade a reçu 5 séances d'irradiation ultra-violette. Le prurit est nettement diminué pendant la nuit de sorte que la malade peut dormir. A l'examen, on constate au niveau de l'aisselle droite dans sa partie centrale la disparition presque totale des papules, à la périphérie seulement on voit des papules bien distinctes et disséminées, mais aplaties, de couleur rose pâle, de la grandeur d'une tête d'épingle, quelques-unes couvertes de croutelles à la suite du grattage. Au niveau de l'aisselle gauche plusieurs papules complètement résorbées, certaines d'elles sont bien aplaties et quelques-unes égratignées.

Au pourtour des mamelons des papules isolées de grandeur d'un grain de millet, égratignées. Dans la région génitale externe, pas de changement.

Pouls au repos complet et en position couchée, 76/76, 76/74 avant et après la compression des globes oculaires. Après l'injection de 1 mg. 6 d'atropine, pouls dans la position couchée, 126 ; debout, 144 ; recouchée, 126. Pupilles très dilatées, vertiges.

6/V/30. — Pouls 96 ; une minute après l'injection intraveineuse de 0 cgr. 75 de pilocarpine, pouls 114. Sensation intense de chaleur, nausées, rougeur de la peau, larmoiement, sécrétion aqueuse du nez, sudation légère sur le front, aux aisselles et entre les seins, cependant pas de sécrétion sudorale sur le reste du corps. Cinq minutes après l'injection de pilocarpine, pouls 104 ; 10 minutes après, pouls 100 ;

20 minutes après, pouls 104, frissons, légère sudation au niveau des plis du coude.

Une demi-heure après l'injection de pilocarpine, 65 centimètres cubes de salive. Pendant tout le temps de l'épreuve, la malade n'a senti aucune démangeaison.

14/VI/30. — La malade a reçu jusqu'à présent 20 séances de bains ultra-violets. État sans changement ; le prurit survient encore, mais rarement pendant la journée, plus souvent pendant la nuit. On constate une repousse de nombreux poils très courts au niveau des deux aisselles. On abandonne le traitement par les rayons ultra-violets et on recommence l'insulinothérapie.

18/VI/30. — La malade a reçu jusqu'à présent 3 injections d'insuline à la dose de 25-30 unités. Les démangeaisons manquent pendant la journée, elles sont très supportables pendant la nuit.

L'injection sous-cutanée de 1 milligramme d'adrénaline fait ressortir des phénomènes suivants :

La pression sanguine (Boulitte) avant l'injection, 125/95 ; 3 minutes après l'injection, 135/90 ; 10 minutes après, 130/80 ; 30 minutes après, 130/75 ; 45 minutes après l'injection, 125/75, c'est-à-dire une augmentation légère de la pression maxima et une diminution plus notable de la pression minima. La fréquence du pouls a augmenté de 22 battements pendant les premières minutes après l'injection (112 contre 90). Tremblement accentué des doigts, claquement des dents, pâleur prononcée du visage, maux de tête, battements du cœur très accentués, frissons, affaiblissement général. Chose intéressante, c'est que la malade ressent 20 minutes après l'injection d'adrénaline un prurit violent au niveau des aisselles de sorte qu'elle est obligée en notre présence de se gratter. A cette occasion nous avons pu constater qu'aux creux axillaires, surtout du côté droit, où les papules ont été en grande partie résorbées ou complètement aplaties et confluentes en surface lisse, de couleur rose-gris, le grattage a fait ressortir des papules distinctes ainsi que leur disposition linéaire.

20/VI/30. — La malade, qui est intelligente et s'observe bien, remarque que depuis 2 semaines la sécrétion sudorale au niveau des aisselles ainsi que dans la région génitale externe a augmenté d'une façon très nette. Cette exagération de sudation en des régions, où habituellement la sécrétion sudorale a été minime, l'a frappée surtout, puisque sur le reste du corps la sudation n'est pas devenue accentuée.

On continue à injecter l'insuline à doses de 20 unités par jour.

28/VI/30. — La malade est très nerveuse et se plaint d'un prurit du corps entier, sauf aux régions jusque-là atteintes. Les démangeaisons axillaires ne surviennent plus, au niveau des parties génitales elles sont faibles. Le même antagonisme existe en ce qui concerne la sécrétion sudorale. Tandis que sur tout le corps, à l'exception de la partie antérieure du thorax et du visage, la sudation est minime, par contre,

elle est nettement augmentée au niveau des aisselles et des parties génitales externes. On constate en outre une repousse assez marquée des poils aux creux axillaires et autour des mamelons. La malade nous apprend que la chute des poils au niveau du pubis et les grandes lèvres a cessé complètement.

30/VI/30. — Prurit plus accentué au niveau des régions atteintes au commencement des règles qui ont apparu hier. On constate une légère aggravation des lésions cutanées surtout à l'aisselle droite et sur la face interne des grandes lèvres.

9/VII/30. — Sucre du sang à jeun, 0,85 o/oo. L'examen morphologique du sang montre : globules rouges, 4.300.000 ; globules blancs, 6.400 ; dont neutrophiles, 64 o/o ; éosinophiles, 9 o/o ; lymphocytes, 24 o/o ; mononucléaires, 3 o/o. Même état sans changement.

Cas n° II. — Sk. Z..., âgée de 20 ans.

4/X/29. — La malade est venue à la consultation à la fin de 1928 avec la syphilis secondaire (papules érosives à la vulve et autour de l'anus, Wassermann + + + +).

Avant la fin de la cure elle avait des démangeaisons au niveau des deux creux axillaires. A l'examen, nous avons constaté la présence de phtiriase axillaire. Dernier traitement spécifique depuis le 6/IV jusqu'au 20/VII/29. A ce moment, la réaction de Bordet-Wassermann était négative. Maintenant, la malade se soigne pour une blennorragie récente. A l'occasion d'une visite la malade nous raconte qu'elle ressent depuis 3 mois un prurit modéré et une augmentation de la sécrétion sudorale au niveau des deux aisselles. Quelques jours après l'apparition du prurit, elle a remarqué la présence d'une éruption cutanée aux creux axillaires. Le prurit est d'intensité égale pendant la journée et la nuit et survient par crises ; la sudation est d'un degré moyen. Les règles, depuis sa 15e année, ont été jusqu'à l'année dernière tout à fait normales. Depuis un an elles sont devenues irrégulières, à intervalles plus prolongés, depuis 6 semaines jusqu'à 2 mois ; les menstrues durent de 4 à 7 jours et sont très douloureuses.

La malade, de taille moyenne, est très nerveuse ; pendant l'énervement, elle ressent des nausées, des battements du cœur et des tremblements du corps entier. La thyroïde n'est pas augmentée, mais palpable et sensible au toucher.

La malade nous raconte qu'elle a beaucoup maigri depuis l'apparition de l'éruption papuleuse au niveau des aisselles et au pourtour des deux mamelons.

A l'inspection, on constate sur toute l'étendue des deux creux axillaires et un peu en dehors, en haut et en bas de ceux-ci, de nombreuses papules, disposées linéairement, de couleur de chair ou gris-rose, de grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à un grain de pavot, de forme conique et hémisphériques contenant en leur milieu une petite corne hyperkératosique. Les poils sont peu abondants, courts.

Au pourtour des mamelons, des papules allant de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à un grain de poivre, couleur chair avec une légère dépression en leur milieu. Au niveau des parties génitales externes, rien de particulier.



Fig. 2.

L'examen morphologique du sang : globules rouges, 4.600.000 ; globules blancs, 9.800 ; dont neutrophiles, 70 o/o ; éosinophiles, 3 o/o ; lymphocytes, petits et grands, 20 o/o ; mononucléaires et intermédiaires, 7 o/o.

Examen morphologique du sang fait le 8/XI/29 fit voir : globules rouges, 3.900.000 ; globules blancs, 12.500 ; dont neutrophiles, 70 o/o ; éosinophiles, 1 o/o ; lymphocytes, 25 o/o ; mononucléaires et intermédiaires, 4 o/o. Biopsie.

21/X/29. — Taux de l'acide urique du sang total à jeun après le régime pauvre en purines, 2,8 o/oo ; taux de l'urée, 38 mg. 5 o/o ; cholestérine dans le sérum, 1,53 o/oo.

23/X/29. — Sucre du sang à jeun, 0,85 ; 30 minutes après l'ingestion de 25 grammes de glucose : glycémie, 1,25 o/oo ; une heure après, 1,02 o/oo ; une heure et demie après, 0,87 o/oo.

3/IV/30. — État sans changement. L'examen morphologique du sang révèle : globules rouges, 4.700.000 ; globules blancs, 6.400 ; dont neutrophiles, 69 o/o ; éosinophiles, 1 o/o ; basophiles, 1 o/o ; lymphocytes, 21 o/o ; mononucléaires, 8 o/o.

Glycémie à jeun, 0,91 o/oo ; l'ingestion de 25 grammes de glucose fait constater une demi-heure après : glycémie, 1,30 o/oo ; une heure après, 0,91 o/oo ; une heure et demie après, 0,86 o/oo.

16/IV/30. — Taux d'acide urique du sang total à jeun, 3,0 o/oo ; une demi-heure après, 3,25 o/oo.

4/V/30. — La malade se plaint d'un prurit modéré aux mêmes endroits. De nouvelles papules sont apparues à la périphérie des deux aisselles.

Cas n° III. — Gl. G..., âgée de 26 ans.

8/IV/29. — La maladie existe depuis l'âge de 22 ans. Les règles, apparues depuis la 11e année, sont régulières, peu abondantes, d'une durée de 2-3 jours.

Depuis cet âge, la malade souffre d'un prurit localisé aux aisselles, de sorte qu'elle est obligée de se gratter très souvent. Depuis sa 15e année, la sécrétion sudorale aux creux axillaires s'est nettement accentuée. Avant et pendant les règles, les démangeaisons ne deviennent pas plus fortes, par contre, la sudation est augmentée non seulement au niveau des deux creux axillaires, mais aussi sur le cuir chevelu et sur la lèvre supérieure. La malade est généralement en bonne santé, mais très nerveuse ; un peu anémique, elle souffre de temps en temps de maux de tête ; elle se plaint aussi de douleurs dans les articulations et dans les muscles. Constipation habituelle. La glande thyroïde est nettement augmentée, les pupilles sont dilatées, réagissent bien à la lumière, la pupille gauche plus dilatée que la droite ; tremblement des doigts, les réflexes tendineux très vifs, pouls accéléré, régulier.

Objectivement, on constate au niveau des deux creux axillaires une éruption assez dense de papules, disposées en stries linéaires, allant de la grandeur d'une tête d'épingle jusqu'à un grain de millet, de forme arrondie ou hémisphérique, localisées autour des follicules pileux, nettement individualisées ou confluentes en une surface d'aspect lichénifié.

A la périphérie un peu en haut et en bas des deux creux axillaires, on constate la présence de petites papules de la grandeur d'une tête d'épingle, couleur chair. La peau est légèrement pigmentée, les poils sont en petit nombre. Très fort prurit qui oblige la malade à se gratter très souvent, surtout pendant la nuit.



Fig. 3.

Cet état existe chez la malade sans aucune amélioration depuis les 4 dernières années.

20/IV/29. — La malade fut irradiée le 7/IV/29 par les rayons X à la dose de 1/2 H. E. D. par 1 millimètre d'aluminium. Maintenant la sécrétion sudorale est un peu moindre, les démangeaisons restent aussi violentes qu'auparavant surtout pendant la nuit. Objectivement, même état sans changement.

00/VI/29. — Deuxième jour des règles. On peut constater avec évidence que les papules sont nettement augmentées en volume et séparées les unes des autres, leur disposition linéaire est plus accentuée. La sécrétion sudorale est également augmentée. La malade nous relate qu'après la seconde irradiation effectuée le 7/V/29, à la dose de 3 H. par 1 millimètre d'aluminium le prurit et la sudation ont un peu diminué.

11/VII/29. — La malade fut de nouveau irradiée au laboratoire de la Caisse des assurances-maladies le 26/VI/29. Quelques jours après l'irradiation, il se produisit au niveau du creux axillaire gauche une infiltration de la grandeur d'un œuf de pigeon avec fluctuation dans sa partie centrale, d'où, après incision, apparaît un pus gris verdâtre.

1/VIII/29. — Après 4 injections intramusculaires de terpichine, la résorption de l'infiltration est complète. Maintenant, la plupart des poils conservés au niveau des deux aisselles sont tombés de sorte qu'il reste quelques poils isolés, grêles et cassés.

Les papules sont un peu aplaties, les embouchures des glandes sudoripares sont nettement élargies. Prurit violent, par contre sudation beaucoup plus faible.

7/IX/29. — Pouls au repos complet dans la position couchée : 76/82, 76/76, avant et après la compression des globes oculaires. Après injection intraveineuse de 1 mg. 2 d'atropine: pouls dans la position couchée, 120 ; debout, 126 ; recouchée, 120.

Pression sanguine (Boulitte) : maximum, 110 ; minimum, 90. Cholestérine dans le sérum à jeun, 2,30 0/00 (2,88 0/00 le 24/IV/29).

Les premiers cas de maladie de Fox-Fordyce ont été décrits en 1902, puis en 1909, mais c'est seulement depuis l'année 1920 que les observations analogues ont commencé à se multiplier de sorte que jusqu'à l'année 1920 18 cas ont été publiés. Kiess dans son travail en 1924 nous relate 24 cas décrits par les différents auteurs, et Engelhardt en 1927 a déjà réuni 76 cas, cités dans la littérature. Depuis lors j'ai pu noter encore une trentaine de cas publiés, de sorte que le nombre des cas de la maladie de Fox-Fordyce observés dépasse à ce moment une centaine. Cette dermatose est particulièrement fréquente chez les femmes et rare chez les hommes (11 cas publiés), c'est-à-dire dans une proportion à peu près de 10 0/0.

En ce qui concerne l'âge, la maladie de Fox-Fordyce apparaît sans exception après l'âge de 12 ans, c'est-à-dire après la puberté, généralement à l'âge de 13-35 ans, plus rarement entre 35-50 ans, dans des cas isolés au-dessus de 50 ans après la ménopause, excep-

tionnellement à l'âge de 67 ans (Hirschfeldt). Dans nos 3 cas concernant exclusivement des femmes, la maladie fit son apparition entre 20-33 ans.

Il faut cependant noter ce détail assez intéressant que chez notre troisième malade un prurit obstiné et localisé exclusivement aux aisselles datait des premières règles, et c'est seulement 11 ans après que l'éruption papuleuse était en train de naître aux endroits atteints.

Les observations de cette sorte ont une certaine importance, puisqu'elles indiquent une dépendance entre l'apparition des lésions cutanées et l'état fonctionnel des glandes sexuelles. En faveur de cette hypothèse plaide toute une série d'arguments : le retard parfois considérable des premières règles (à l'âge de 18-20 ans, Jung, Schönstein, Konrad et d'autres), leur irrégularité et leurs douleurs (comme dans notre deuxième cas), l'amélioration et même la reprise régulière du cycle menstruel après la guérison de la maladie (Brauer, Konrad), la constatation assez fréquente des symptômes d'infantilisme ou de l'impuissance sexuelle (onanisme et frigidité sexuelle comme dans les cas de Turck, Chorazak et Ostrowski, Schönstein, Lortat-Jacob et Gastinel, ainsi que dans notre premier cas). L'apparition de la mala-

die de Fox-Fordyce simultanément avec les premières menstrues (Brauer) ou après la ménopause (Pautrier, Hirschfeldt), l'accentuation du prurit pendant et surtout avant les règles (Matras, Rostenberg, Schönstein, ainsi que dans notre premier cas), l'augmentation des papules aux aisselles pendant les règles, ce que nous avons pu observer dans l'un de nos cas (n° 3). Toutes ces observations et certaines autres (Senear et Wien, Guy et Jacob) démontrent que *les troubles fonctionnels des glandes sexuelles, spécialement des ovaires (hypo- ou dysovarie) jouent un rôle très important dans l'apparition des symptômes caractéristiques de la maladie de Fox-Fordyce*. Dans cet enchaînement des faits il n'est pas inutile de rappeler l'affirmation significative de notre première malade qui, frigide complètement, ressentait néanmoins un vif orgasme en se grattant violemment au niveau des parties génitales externes à la suite d'une crise de prurit très accentuée. Cette observation se rapproche d'une autre, non moins intéressante d'une malade de Schönstein qui ressentait chaque fois un fort prurit au niveau des aisselles pendant les rapports sexuels.

En outre il faut encore attribuer aux troubles fonctionnels de la thyroïde une importance non moins grande qu'au dysfonctionnement des glandes sexuelles dans l'étiologie de la maladie de Fox-Fordyce. Certains auteurs (Jung, Louste, Lévi-Franckel et Caillau) notent la présence des symptômes d'hyperthyroïdie, ou de légers états de Basedow chez leurs malades. Netherthon a observé une amélioration de la maladie après la thyroïdectomie. Schönstein a constaté dans un cas de Fox-Fordyce une augmentation du métabolisme basal de 15 o/o environ. Par contre Venturi pense avoir constaté chez une malade des signes d'insuffisance, au moins d'une dysfonction thyroïdienne et il relate une amélioration ou même une guérison complète de la maladie au moyen d'un traitement thyroïdien par voie hypodermique au bout de quelques mois. Parmi nos 3 cas de maladie de Fox-Fordyce chez une malade (n° 3) les symptômes d'hyperfonctionnement thyroïdien ont été bien marqués. Chose intéressante, chez la sœur de notre malade qui souffrait depuis plusieurs années d'une hyperidrose intense des aisselles, compliquée d'une hydradénite rebelle et récidivante, nous avons pu constater la présence d'une hyperthyroïdie, quoique moins marquée. En outre, certains membres de la proche

famille de la même malade (cousin et cousine) avaient un Basedow bien caractérisé. De même chez l'autre malade (n° 1) existaient aussi des signes d'une hyperfonction thyroïdienne assez nette (augmentation de la thyroïde, accélération du pouls, extrasystoles, tremblements des doigts, clignement des paupières, dilatation des pupilles, etc.). Chez la troisième malade la thyroïde n'a pas été augmentée, quoique sensible au toucher, cependant la malade a beaucoup maigri depuis l'apparition de l'éruption papuleuse aux aisselles. Nos observations plaident donc en faveur de l'hypothèse que *non seulement une hypo-, ou dysfonction ovarienne, mais encore une hyperthyroïdie ou une dysthyroïdie jouent un rôle primordial dans l'étiologie de la maladie de Fox-Fordyce.*

En étudiant plus ou moins complètement nos cas nous avons fait plusieurs analyses du sang au point de vue morphologique et chimique en vue de mettre en évidence quelques particularités intéressantes qui peut-être auraient pu contribuer à la connaissance de cette dermatose.

Les examens morphologiques du sang, souvent répétés nous ont révélé un aspect tout à fait normal, sauf une éosinophilie plus ou moins prononcée (jusqu'à 9 o/o) en relation avec l'intensité du prurit. *Les recherches sur la glycémie alimentaire nous ont montré chez deux de nos malades un endocrinisme pancréatique normal.* Après l'ingestion de 25 grammes de glucose d'après la méthode de Marânon le seuil glycémique a atteint après une heure son niveau initial pour baisser encore davantage une demi-heure après, ce qui démontre à la suite des recherches de Falta, Depisch et Hasenörl et d'autres auteurs une bonne décharge d'insuline, déversée par le pancréas dans le torrent circulatoire.

De même, l'uricémie sanguine après un régime pauvre en purines, ainsi que les taux de l'urée et de l'azote résiduel ont été trouvés tout à fait normaux. En ce qui concerne la cholestérinémie nous avons constaté chez notre première malade le taux cholestérinémique un peu abaissé (0,92-1,37 o/oo), chez l'autre, normal (1,53 o/oo), chez la troisième par contre nettement augmenté (2,30-2,80 o/oo). Ces quelques faits n'autorisent guère de conclusions.

Les examens répétés de l'état fonctionnel du système neuro-végétatif au moyen de l'atropine suivant la méthode de Daniélopolu

nous ont révélé chez deux de nos malades une amphotonie parfois en contradiction avec le réflexe oculo-cardiaque. Par contre, dans le cas n° 1 cette amphotonie s'accorde bien avec les résultats des épreuves au moyen de la pilocarpine et de l'adrénaline chez la même malade. La réaction à la pilocarpine a été bien prononcée, cependant la malade n'a ressenti aucun prurit pendant tout le temps de l'épreuve; en outre la sudation au niveau des creux axillaires a été minime. De l'autre côté les résultats de l'examen au moyen de l'injection sous-cutanée de 1 milligramme d'adrénaline nous ont montré une hyperexcitabilité du sympathique bien nette. Le fait intéressant est la recrudescence soudaine d'un prurit violent au niveau des aisselles ainsi que l'augmentation distincte des papules, auparavant en grande partie résorbées ou complètement aplaties et confluentes, 20 minutes après l'injection d'adrénaline. L'augmentation des papules au pourtour des mamelons a été souvent observé par notre malade aux moments des crises violentes de prurit. De même Engelhardt a aussi constaté une saillie très nette des papules au niveau des deux creux axillaires et la recrudescence du prurit non seulement après l'injection d'adrénaline, mais aussi après un travail physique quelconque. Cet auteur pense avoir constaté microscopiquement que cette augmentation des papules était l'effet d'une dilatation assez considérable de la lumière des acini glandulaires. Des observations du même ordre en ce qui concerne l'augmentation du prurit après l'injection d'adrénaline ont été faites par Chorazak et Ostrowski et d'autres auteurs.

Les constatations de ce genre démontrent le rôle des surrénales dans l'étiologie de la maladie de Fox-Fordyce et contribuent à la conception de cette dermatose comme d'une dysendocrinide à quoi nombre d'autres facteurs d'importance secondaire se surajoutent pour contribuer à l'apparition des lésions morbides de la peau.

Parmi ces facteurs il faut tout d'abord prendre en considération une constipation habituelle fréquente chez les malades en question et qui ordinairement date de plusieurs années. Deux de nos malades souffraient d'une constipation opiniâtre et chronique. Des observations du même ordre ont été faites par certains auteurs (Tyjnenko, P. W. Schmidt). Chez la malade de Tyjnenko la régularisation des fonctions instestinales s'accompagnait d'une amélioration au point de vue clinique de la dermatose. En outre, il faut

noter une fréquence relative des hydroadénites ou de la furonculose au cours de la maladie de Fox-Fordyce. Dans le premier de nos cas une hydroadénite de l'aisselle droite est apparue quelques jours après la biopsie et de ce fait elle peut être considérée comme un simple épisode n'ayant peut être aucun rapport avec la disposition spéciale du terrain. Par contre chez l'autre malade une infiltration au niveau du creux axillaire gauche de la grandeur d'un œuf de pigeon avec fluctuation dans sa partie centrale est apparue quelques jours après l'irradiation par les rayons X de sorte qu'on pourrait considérer cette complication comme un phénomène biotropique local, facilité par l'hyperidrose assez intense chez la même malade. Les mêmes phénomènes inflammatoires sont également apparus chez la première malade qui a été ultérieurement irradiée à plusieurs reprises par les rayons X à la suite d'une nouvelle rechute.

Après les premières irradiations des infiltrations allant du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon se sont produites aussi bien au niveau des aisselles que sur les grandes lèvres. Ces infiltrations se sont résorbées ensuite soit spontanément, soit après injection de propidon. Des observations du même ordre ont été faites par Jung, Hinze, Netherton et d'autres auteurs. Engelhardt surtout souligne l'importance de pareils faits dans la pathogénie de la maladie de Fox-Fordyce.

Les observations purement cliniques si importantes et intéressantes qu'elles soient ne suffisent pourtant pas pour élucider la pathogénie de cette dermatose. A cet égard l'étude histologique nous donne des renseignements d'une grande valeur. Cette étude a été déjà faite par de nombreux auteurs et dernièrement surtout H. Fischer et P. W. Schmidt ont minutieusement décrit les lésions histologiques, de sorte qu'il semble superflu de s'engager davantage dans cette direction. Mais ayant l'occasion d'étudier les préparations en séries plus ou moins complètes de deux biopsies, il nous a paru utile de nous rendre compte de l'importance relative de différents détails histologiques au point de vue pathogénique (1). Tout d'abord il est nécessaire de bien connaître l'histologie de la peau de l'aisselle normale chez la femme adulte pour pouvoir discerner ce qu'il faut

(1) M. le Dr Civatte a bien voulu nous donner quelques indications à ce sujet et confirmer nos constatations histologiques. Qu'il nous soit permis de lui exprimer notre reconnaissance pour l'aide qu'il nous a fournie.

considérer comme phénomènes normaux ou pathologiques en étudiant microscopiquement une série des préparations d'une biopsie de l'aisselle malade.

L'histologie de l'aisselle normale d'une femme qui souffrait

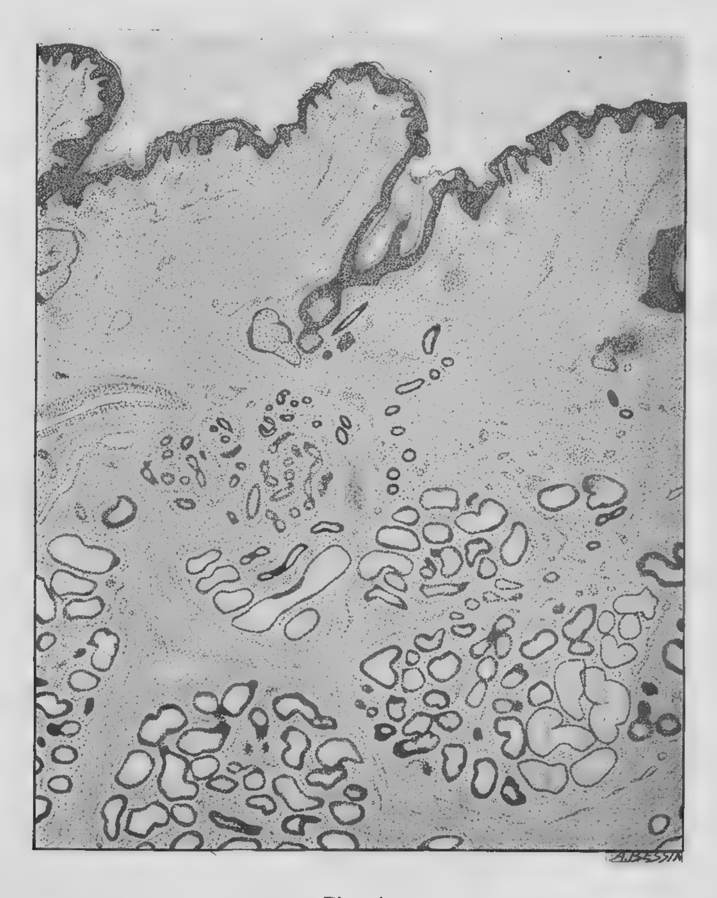


Fig. 4.
Aisselle normale. — Les glandes sudoripares sont en majorité du type apocrine. — Quelques tubes sont entièrement dilatés ; l'épithélium est aplati, et le tube prend une apparence de kyste.

depuis un certain temps d'une hyperidrose accentuée aux creux axillaires nous montre (fig. 4) une quantité remarquable de grosses glandes sudoripares, dites glandes apocrines de Schiefferdecker en pleine activité fonctionnelle ; des tubes sudoripares par-

fois ectasiés et revêtus par un épithélium composé d'un seul rang de cellules sécrétoires de forme aplatie, cubique, le plus souvent cylindrique, suivant l'état fonctionnel de la glande considérée, avec un noyau arrondi ou ovale, centrée d'un nucléole. Cette couche est doublée d'une assise de cellules myoépithéliales plus ou moins abondantes avec leurs noyaux batonoïdes. Le protoplasma des cellules sécrétoires est granulé, bourré d'enclaves, les cellules sont souvent hypertrophiées et présentent des prolongements en massue ou en coupole faisant saillie dans la cavité glandulaire et qui sont par suite rejetés dans la lumière des acini. On les y retrouve sous forme de globes colloïdaux contenant parfois des cellules éparses plus ou moins dégénérées avec des noyaux pycnotiques ou sans noyaux, et aussi sous forme d'un coagulum homogène ou réticulé, plus ou moins rétracté. A côté de ces acini glandulaires on trouve de nombreux tubes très larges, avec des cellules aplaties à noyaux allongés et contenant dans leur cavité aussi un coagulum homogène ou réticulé, qui peut presque complètement remplir cette cavité. La présence d'une couche de cellules myœpithéliales et de quelques cellules de forme cubique et bourrées de grains démontre avec évidence que nous avons affaire à une même glande sudoripare, mais épuisée et dilatée à la suite du processus sécrétoire. Donc, *il serait erroné de vouloir considérer la présence des ectasies glandulaires du même ordre, souvent constatée par de nombreux auteurs dans la maladie de Fox-Fordyce comme un fait pathologique*. Les glandes sudoripares apocrines sont généralement localisées dans les couches profondes du derme et disposées en lobules, séparées les unes des autres par du tissu conjonctif contenant des fibres élastiques. Les petites glandes sudoripares, dites eccrines suivant Schifferdecker, beaucoup moins nombreuses, sont situées sur un plan plus superficiel. Le canal sudorifère des glandes apocrines diffère de celui des glandes eccrines par son trajet rectiligne. Sa paroi est constituée par un revêtement de 2-3 assises cellulaires. Au niveau de l'épiderme le trajet sudorifère accompagne celui du follicule pileux et en cet endroit l'épiderme présente une légère acanthose et hyperkératose sous forme de cônes cornés plus ou moins profonds. Les cellules malpighiennes montrent par place et surtout au voisinage des trajets sudorifères un œdème intra- et intercellulaire. En étudiant des coupes en série on peut trouver

de rares infiltrats composés principalement de lymphocytes autour du segment initial du conduit sudorifère. Les infiltrats disposés en stries souvent perpendiculairement à la surface de l'épiderme se trouvent aussi dans les couches sous-papillaire et superficielle du derme et sont parfois localisés autour des bourgeons acanthotiques.

Si maintenant on étudie au point de vue histologique un cas de



Fig. 5. — Maladie de Fox Fordyce.
Cas II. — Lésions de l'aisselle. — Lichénification. — Infiltrats autour d'une glande apocrine (à gauche) ; et de l'origine d'un tube sudorifère (à droite).

maladie de Fox-Fordyce de date récente, comme par exemple notre cas n° 2 (fig. 5), on constate la présence des mêmes lésions quoique d'un degré un peu plus prononcé ; notamment hyperkértaose et acanthose au niveau des trajets sudorifères des glandes apocrines et autour des follicules pileux et infiltrat cellulaire dans les couches sous-papillaire et superficielle du derme. Il faut noter la présence d'un infiltrat abondant localisé autour du conduit sudorifère, surtout autour de son segment initial et son trajet épidermique, infil-

trat composé par des lymphocytes, de rares plasmocytes et des fibroblastes. Dans la couche profonde du derme, à côté des glandes sudoripares apocrines, on trouve de nombreux tubes glandulaires à cellules claires, si bien décrits par Branca et considérés par lui comme des segments de transition, établissant le passage entre les segments glandulaires et les conduits sudorifères. Il est intéressant de remarquer que ces segments de transition sont dans ce cas particulièrement développés. Les glandes sudoripares apocrines sont principalement revêtues par un épithélium cubique ou aplati et ne nous révèlent pas de modifications morphologiques, témoins d'un vif fonctionnement sécrétoire. L'étude histologique des préparations en série d'une biopsie faite à l'aisselle de l'autre malade (cas nº 1, fig. 6) nous montre des lésions beaucoup plus importantes et qui ont été décrites par de nombreux auteurs, c'est pourquoi nous n'insisterons pas sur la description détaillée des modifications constatées. L'acanthose au niveau du trajet sudorifère est plus accentuée, avec hyperkératose et parakératose en îlots discontinus concomitants. Dans le corps muqueux, au voisinage du trajet sudorifère, on constate un œdème inter et intracellulaire, une spongiose avec formation des vésicules contenant parfois de rares lymphocytes. Un infiltrat inflammatoire assez important se trouve localisé autour des vaisseaux, dans les couches sous-papillaire et superficielle du derme et surtout autour du segment dermique du conduit sudorifère. L'épithélium de ce segment montre par places une prolifération anormale et unilatérale des cellules, disposées en plusieurs rangées et en partie dégénérées, en partie desquamées, prolifération faisant saillie dans la cavité du conduit sous forme d'un champignon ou d'une massue (v. fig. 6). En cet endroit l'infiltrat est particulièrement dense et se compose de cellules rondes, de plasmocytes et de rares fibroblastes. Les glandes apocrines sont revêtues par un épithélium aplati ou cubique. Elles ne se distinguent pas par un processus sécrétoire assez important, puisqu'on constate rarement dans leurs lumières ou dans les conduits sudorifères la présence des produits de sécrétion.

En se basant sur l'étude histologique de nos cas il nous paraît difficile d'accepter la conception pathogénique de la maladie de Fox-Fordyce, admise par Delbanco et particulièrement défendue par Engelhardt. D'après cette théorie le phénomène essentiel dans la

pathogénie de la dermatose en question serait un emmortaisement précoce des embouchures des follicules pileux et des trajets sudorifères apocrines à la suite de lésions inflammatoires d'origine infectieuse, comme hydradénite ou furonculose de l'aisselle, précédemment apparues ou à la suite de facteurs mécaniques, comme le grattage par exemple. A cause de ce fait primordial, les produits de l'activité secrétoire apocrine ayant trouvé un obstacle à leur élimi-



Fig. 6. — Maladie de Fox-Fordyce.

Cas I. — Lésions de l'aisselle. — L'épiderme est hyperacanthosique et hyperkératosique ; le corps papillaire est légèrement infiltré. — Outre ces lésions de lichénification, on voit infiltrats et cellules mononucléés systématisés autour des glandes apocrines et de leurs tubes excréteurs.

nation en dehors, se diffusent autour des trajets sudorifères et en excitant les terminaisons nerveuses sensitives de l'épiderme produisent des démangeaisons avec grattage consécutif. Le grattage, de son côté, contribue à l'accentuation des lésions primitives de la peau avec une mise en relief plus marquée des symptômes qui caractérisent la maladie de Fox-Fordyce. Il faut cependant insister sur ce

fait qu'on constate souvent une hyperkératose et une acanthose légères ainsi qu'un infiltrat dans les couches superficielles du derme de la peau de l'aisselle d'aspect tout à fait normal. D'autre part, les lésions histologiques de l'épiderme, dans un cas récent de maladie de Fox-Fordyce, peuvent être peu accentuées comme par exemple dans notre deuxième cas; de sorte qu'il serait difficile de leur vouloir attribuer une importance capitale dans le mécanisme pathogénique de cette dermatose. *Les agents mécaniques, infectieux ou toxi-infectieux* (à la suite d'une constipation habituelle par exemple) *peuvent certainement contribuer à la création d'une prédisposition spéciale des régions atteintes, mais ces facteurs sont d'importance secondaire. Par contre il faut attribuer aux troubles fonctionnels des glandes apocrines le rôle essentiel et primordial dans la pathogénie de la dermatose en question.* L'aspect histologique des glandes apocrines, la prolifération de l'épithélium du tronçon initial du conduit sudorifère, l'infiltrat dense autour de lui et du trajet sudorifère, enfin l'acanthose, l'hyper- et parakératose plus ou moins accentuées et localisées au niveau du même trajet, font un ensemble de faits qui plaide en faveur de l'hypothèse, particulièrement défendue par H. Fischer notamment, qu'il s'agit ici de l'action d'une sécrétion sudorale apocrine qualitativement modifiée sur l'épithélium des conduits sudorifères et les tissus environnants.

Nous avons dit plus haut qu'il faut chercher la cause de ces troubles sécrétoires des glandes apocrines dans un dysfonctionnement des glandes endocrines, des glandes sexuelles et de la thyroïde en premier lieu. Déjà à l'état normal il existe une dépendance étroite entre les glandes sudoripares apocrines et les glandes sexuelles, surtout les ovaires, puisque les glandes apocrines n'entrent en fonction qu'après la puberté. Nous sommes donc forcés de considérer *la maladie de Fox-Fordyce comme une dysendocrinide avec un dysfonctionnement consécutif des glandes apocrines.* La localisation de la dermatose aux régions où existent les glandes apocrines, les symptômes caractéristiques objectifs et subjectifs, l'aspect des lésions histologiques, les rapports certains avec des troubles fonctionnels des glandes à sécrétion interne, toute une série de faits établis plaide en faveur d'une autonomie réelle de la maladie de Fox-Fordyce. *Aussi bien au point de vue clinique et histologique que du côté pathogénique et thérapeutique, il faut distinguer la*

maladie de Fox-Fordyce d'une simple lichénification circonscrite de la peau. D'accord avec plusieurs auteurs nous sommes d'avis qu'on ne gagnerait absolument rien en assimilant la maladie de Fox-Fordyce au groupe des neurodermites, notion purement clinique et présentant un symptôme, commun à plusieurs états maladifs de la peau. Il faut cependant prendre en considération, qu'une lichénification régionale, surtout au niveau des aisselles peut se surajouter aux papules primitives à la suite du grattage souvent répété.

La maladie de Fox-Fordyce se distingue d'une neurodermite aussi par la résistance opiniâtre qu'elle met souvent au traitement par les rayons X. Il est vrai, que dans certains cas l'irradiation répétée a pu amener une amélioration, même une guérison complète de la dermatose, mais habituellement ce traitement reste sans effets durables. Certains auteurs vantent l'opothérapie ovarienne ou thyroïdienne, d'autres appliquent avec un bon effet la diathermocoagulation, très souvent la maladie de Fox-Fordyce est réfractaire à tout traitement imaginable de sorte qu'on a été parfois amené à faire une ablation chirurgicale de la peau de l'aisselle malade avec une transplantation consécutive (Montcorps). C'est pourquoi nous jugeons à propos de souligner le bon effet de l'insulinothérapie chez notre première malade.

Ce fait est intéressant, puisque dans ce cas l'étude de la glycémie alimentaire d'après la méthode de Maranon au moyen de l'ingestion de 25 grammes de glucose a démontré un fonctionnement des îlots de Langerhans tout à fait normal ; mais chez cette malade existaient des troubles fonctionnels des glandes sexuelles et de la thyroïde. La recrudescence légère du prurit aux régions atteintes en dernier lieu, surtout avant les règles, nous oblige cependant à être prudent dans nos conclusions et il faut attendre pour constater si le bon effet du traitement par l'insuline est resté durable. Malheureusement une rechute considérable s'est produite quelques semaines après avec apparition de nouvelles papules et d'un prurit très intense. L'irradiation par les rayons X, plusieurs fois répétée, a amenée une amélioration surtout aux aisselles ; elle est restée sans effets à la région génitale externe.

Bibliographie

Arndt. *Derm. Woch.*, 1928, nº 29. — Buchbinder. *Centr. f. Derm.*, t. XXX, p. 169. — Brauer. *Centr. f. Derm.*, t. XXV, p. 641, *D. W.*, 1929, nº 43 *a*. — Chorazak et Ostrowski. *Acta derm.-vener.*, 1927, t. VIII. — Engelhardt. *Krankheitsforschung*, t. V, nº 4, 1927. — Freund. *Centr.*, 1928, t. XXVIII, p. 51. — H. Fischer. *Centr*, t. XX, nºs 1-2, 1926, *D. W.*, 1925, nº 24, t. LXXX, *D. W.*, 1926, t. LXXXII, *Arch. f. Derm.*, t. CLVI, 1928. — H. Fox. *Arch. of Derm.*, 1927, t. XVI, nº 6. — Gross. *Centr.*, t. XXX, p. 732. — Guy et Jacob. *Arch. of Derm.*, 1926, t. XIV, nº 5. — Hirschfeldt. *D. W.*, t. LXXXII, nº 7, 1926. — Jung. *D. Z.*, t. LI, 1928. — Karwowski et Dobak. *Arch. f. Derm.*, 1924, CXLVIII. — Kiess. *D. W.*, LXXVIII, nº 1. — Kitamura. *D. W.*, 1929, nº 39. — Kœnigstein. *D W.*, 1928, p. 396. — Konrad. *D. Z.*, t. LII, 1928. — Laurentier. *Bull. de la Soc. de Derm.*, 1927, nº 4. — Lortat-Jacob et Gastinel. *Bull. Soc. Derm.*, séance du 10 janvier 1929. — Louste, Lévy-Franckel et Caillau. *Bull. Soc. Derm.*, 1928, nº 4. — Matras. *Centr.*, 1928, t. XXVIII, p. 659. — Montcorps. *Centr.*, 1927, t. XXIV, p. 741. — S. Neumark. *D. W.*, 1928, nº 16. — Netherthon. *Arch. of Derm.*, 1926, t. XIII. — Pautrier. *Réun. derm. de Lyon*, séance du 27 janvier 1929, *Réun. derm. de Strasb.*, séance du 20 janvier 1929. — Rostenberg. *Arch. of Derm.*, 1927, t. XV, nº 4. — P. W. Schmidt. *Arch. f. Derm.*, t. CLIV, nº 3. — Senear et Wien. *Centr.*, t. XXX. — Schœnstein. *Centr.*, t. XXX, p. 56, t. XXV, p. 125. — Tyjnenko. *Ann. de derm.*, 1930, nº 5, p. 563. — Venturi. *Ann.* 1930, nº 1. — Walter. *D. W.*, 1922, nº 25. — Weil. *Centr.*, 1928, t. XXVIII, p. 515.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS TARDIVE PAR LES RAYONS ULTRA-VIOLETS ET LES AUTOHÉMOINJECTIONS DES MALADES IRRADIÉS

Par le docteur Edmond RAJKA et le docteur Ernest RADNAI.
Travail du département des maladies de la peau de la Policlinique
« Comte Albert Apponyi » à Budapest. Médecin en chef : Professeur Louis Török.

L'importance de la thérapeutique « non-chimiospécifique » de la syphilis tardive s'accroît de plus en plus. Il s'agit, en première ligne, des cas de syphilis réfractaire au traitement chimiothérapique : des cas latents et tardifs, puis des cas de syphilis cardio-vasculaire et nerveuse. Il est de règle, ici-même, d'administrer d'abord un traitement chimiothérapique, afin de ne pas perdre l'effet des moyens chimiothérapiques qui peut être favorable. Si pourtant nous voyons que les symptômes cliniques et sérologiques ne se modifient point après plusieurs cures ou que l'état du malade empire plutôt, il ne faut pas hésiter à arrêter le traitement chimiothérapique et à commencer le traitement « non spécifique ».

Parmi les méthodes non spécifiques il faut, tout d'abord, faire mention de la thérapeutique d'infection (paludisme, fièvre récurrente, sodoku), puis de la thérapeutique fébrigène (lait, tuberculine, Pyrifer, Saprovitan, vaccin typhique, etc.). Elles ont un excellent effet dans des cas bien spéciaux; dans les cas de paralysie, la malariathérapie ou l'emploi de la fièvre récurrente doivent être considérés comme « la thérapeutique de choix ». Mais il y a : 1° des cas où la malariathérapie est contre-indiquée (maladies circulatoires, endartérites, etc.); 2° des cas restant stationnaires malgré des traitements répétés par le paludisme; 3° des cas n'offrant pas d'indication absolue pour la malariathérapie. Nonne et Plaut, par exemple, ne considèrent pas la malariathérapie comme très indiquée

dans le tabès. Quant à la thérapeutique fébrigène du tabès (protéine, vaccine, tuberculine) on trouve dans la littérature les résultats les plus contradictoires ; la majorité des auteurs est d'avis que le tabès n'a aucune tendance à être influencé par cette méthode.

Même dans les cas justiciables des traitements d'infection ou de fièvre, il ne faut pas oublier que ces méthodes ne sont pas sans danger. Elles ne se font, c'est de rigueur, que dans des instituts. La pyrétothérapie peut à la rigueur être ambulatoire, mais elle cause beaucoup d'inconvénients aux malades. Nous ne possédons pas encore de méthode facilement réalisable et selon le mode ambulatoire comparable en cela au traitement chimiothérapique, et qui pourrait être répétée autant de fois que la nécessité s'en impose.

C'est pourquoi nous avons dirigé notre attention sur l'actinothérapie de la syphilis, laquelle soit seule, et soit surtout combinée avec des autohémoinjections des malades irradiés, fournit de bons résultats. La directive de notre conception fut ici l'ambition d'utiliser au maximum la qualité que possède la peau de produire des corps réactifs. Il s'agit, en première ligne, des substances anti-inflammatoires atténuant l'inflammation spécifique et non spécifique. Nous cherchâmes à les obtenir par des insolations énergiques et combinées avec l'autohémothérapie. Lehner et Rajka réussirent, en effet, à démontrer que l'efficacité des insolations ultra-violettes augmente si elle est combinée avec les autohémoinjections des malades irradiés.

Nous commençâmes nos expériences en 1925, et nous nous empressions d'établir une base scientifique de l'effet favorable des insolations ultraviolettes. Nos premiers résultats furent publiés en 1928 (*Wien. Kl. Wochenschrift*, n° 2).

Tout d'abord, nous fîmes subir à des cas latents et tardifs une actinothérapie combinée avec des autohémoinjections. Ces cas avaient une réaction de Bordet-Wassermann positive, malgré des traitements chimiothérapiques intenses ; plus tard nous traitâmes des cas sérieux, cardiovasculaires et neurosyphilitiques, qui avaient été soumis à d'intensifs traitements spécifiques et, en partie non spécifiques. Comme mesure de l'effet curatif nous utilisions la *comparaison* de l'état du malade *avant* et *après* le traitement, et des recherches *katamnestiques* postérieures. Celles-ci embrassaient les *symptômes cliniques subjectifs* et *objectifs*, la conduite *colloidale* du sang et la conduite *allergique* de la peau.

Nous fîmes au commencement l'observation qu'un excès d'insolations (50-60) n'est pas du tout nécessaire, il peut même être nuisible. Nous sommes d'avis que 30 insolations et 20 injections de sang en deux séries suffisent, après quoi l'organisme a besoin d'un certain temps pour se rétablir. Nous faisons l'irradiation générale de tout le corps et nous appliquons, d'ordinaire, des doses *érythème*, en les augmentant rapidement. Ainsi, avec la progression de la cure, des insolations de 30-60 minutes furent données. Conformément à l'action des doses érythème, une inflammation intensivement hypérémique, un peu œdémateuse, quelquefois partiellement bulleuse, se présentait à plusieurs reprises sur toute la surface cutanée du patient. Elle amenait, plusieurs fois, des réactions fébriles assez fortes (jusqu'à 38°-39° C.) et causait une desquamation prononcée. Les malades étaient, pour la plupart, fortement pigmentés, à la fin de la cure. Il va sans dire qu'une amélioration n'est pas parallèle à la pigmentation, elle peut se produire sans pigmentation ; il est même possible qu'une pigmentation empêche l'amélioration (Charles Brody).

En réduisant les insolations générales à un certain nombre, en administrant des doses érythème combinées avec l'autohémothérapie des malades irradiés, nous suivîmes les expériences de MM. Török, Lehner et Rajka. Ceux-ci démontrèrent que chaque influence inflammatoire met en liberté des substances *non spécifiques* (réagines et déréagines) moyennant une inflammation, et, dans l'organisme *allergique*, en outre des substances *spécifiques* atténuant et augmentant l'inflammation. Cet effet est propre aux rayons ultra-violets également. Si les influences, dans notre cas les insolations, s'appliquent toujours *au même endroit* de la peau, suivant la méthode dite *dépôt-piqûre* de Lehner et Rajka, alors les substances atténuatrices se forment avec une régularité systématique (à comparer : Lehner et Rajka, Théorie de l'Allergie de la Peau. *Ann. de Dermat. et de Syph.*, 1930, n° 3). Si les influences se poursuivent après l'apparition des substances atténuatrices dans le sang, celles-ci disparaissent, annonçant l'épuisement des cellules où les corps réactifs se forment. Il est nécessaire de créer de nouveaux dépôts. Comme avec application de bains généraux de lumière la surface entière du tégument sert de dépôt, il faut intercaler des repos suffisants pour laisser regagner aux cellules dermiques

leur sensibilité aux rayons ultra-violets pouvant susciter à nouveau la production des substances anti-inflammatoires. C'est pourquoi une actinothérapie efficace ne se fait que par intermittence.

Cette intermittence systématique et la cure « de désaccoutumance et de dépigmentation » de Brody ont été mises en pratique avec succès par de nombreux praticiens dans des cas où l'efficacité ou l'inutilité du traitement était la conséquence directe de l'exposition prolongée. Et dans le traitement de la syphilis c'est précisément cette interruption du traitement qui permet d'obtenir un nouvel effet anti-inflammatoire qui est le processus thérapeutique le plus important.

MM. Lehner et Rajka ont, en outre, démontré que les substances atténuatrices se trouvent dans le sang à une quantité maxima une demi-heure après l'insolation inflammatoire. Cette circonstance peut être utilisée en thérapeutique, si le sang est pris durant ce délai optimum. En prenant du sang à des doses de plus en plus fortes une demi-heure après l'insolation ultra-violette et en le réinjectant intraglutéalement (1), nous obtenons de meilleurs résultats qu'avec l'emploi du sang sans insolation antérieure. C'est pourquoi nous avons introduit les autohémoinjections des malades irradiés dans la thérapeutique de la syphilis latente tardive. Le motif de l'effet favorable du sang, pris au temps optimum et réinjecté, nous est inconnu. Il est probable qu'il s'agit de l'animation de l'activité cellulaire produisant les corps réactifs ou, peut-être, d'une dissolution plus complète des corps réactifs accumulés dans les cellules de la peau et du système réticulo-endothélial.

Dans les cas de neurosyphilis et de spécificité latente tardive, il existe un processus inflammatoire chronique et c'est justement contre cet état qu'agissent ces substances atténuant l'inflammation. Et nous allons voir plus bas, que dans la neurosyphilis et en particulier dans le tabès ce sont précisément les symptômes qualifiés « inflammatoires » par MM. Richter, Hauptmann et d'autres qui tendent à s'améliorer.

Par suite des influences cutanées et intracutanées répétées, une hyperproduction et une mise en circulation des corps réactifs atté-

(1) Ou plutôt intracutanément, comme nous l'administrons récemment.

nuateurs s'effectuent. Ces corps atteignant les foyers de tréponèmes par la voie sanguine, y causent une réaction (réaction biologique de foyer). Il dépend donc, en outre, de la perméabilité des parois vasculaires, et dans le système nerveux de la perméabilité des méninges, que les corps réactifs aient de l'effet.

Le *mécanisme* d'action des insolations ultraviolettes se compose donc des *étapes* suivantes : 1° *hyperproduction* des corps réactifs atténuateurs ; 2° leur *dissolution* dans la circulation sanguine ; 3° leur *transport* aux foyers malades; 4° l'attaque des foyers de tréponèmes.

Notre *schéma* curatif est à présent organisé de la façon suivante :

1. Insolations ultraviolettes du corps entier à doses érythème, 3 fois par semaine, 30 fois en tout. L'actinothérapie dure donc, au moins, 10 semaines.

2. Une demi-heure après le commencement des dix premières et dernières insolations on prend du sang et on le réinjecte à doses croissantes (2-15 cm^3) intraglutéalement. Dans l'application intracutanée on injecte le sérum ou le sang à deux dépôts dans la peau du dos à des doses de 0 $cm^3$1-1 centimètre cube. Au total, on donne 20 injections de sang, en deux séries, lors des dix premières et dernières insolations. Nous appelons l'attention sur une réaction de foyer avec accentuation des symptômes subjectifs qui survient quelquefois après les premiers traitements, mais à laquelle se substitue bientôt une atténuation des symptômes. L'influence provocatrice des traitements sur la réaction de Wassermann se voit plus basse.

Jusqu'à présent *nous avons traité 62 cas*, en tout : 21 cas tardifs latents sans modification pathologique du système nerveux ou cardiovasculaire, et 41 maladies du système vasculaire ou nerveux. Selon les stades de la maladie les cas se répartissent de la façon suivante :

Lues congenita	1
Lues latens II.	11
Lues latens III	9
	21

Aortitis luetica	3
Tabès (formes pures)	23
Tabès, lues cong.	1
Tabès + Aortite	8
Tabès + Lu. cer. + Aortite	1
Taboparalysie	2
Paralysie	1
Lues cerebri	1
Lues cerebri. + Aortite	1
	41

21
+ 41
62

38 cas de syphilis nerveuse, comprenant 35 cas avec des symptômes tabiques. 13 cas de syphilis vasculaire y compris 10 cas en même temps compliqués de symptômes nerveux.

C'était notre intention de choisir les cas les plus difficiles, dont d'autres départements ne savaient que faire, afin de mettre à l'épreuve l'efficacité de l'actino- et autohémothérapie. Nos malades représentent, en partie, des cas invétérés et riches de symptômes, ayant déjà subi des cures chimiospécifiques abondantes, mais inefficaces, c'est-à-dire des cas n'étant plus aptes à réagir au traitement chimiospécifique.

L'influence sur la réaction de Bordet-Wassermann.

Les cas latents et tardifs (21) avaient tous un Wass. positif. Nous choisîmes des cas ayant un Wass. positif malgré des cures chimiospécifiques surabondantes.

C'est une question discutée de savoir si des malades avec un Wass. positif irréductible, mais sans symptômes cliniques appréciables, doivent être soumis à un traitement, en tant qu'ils ont subi assez de cures chimiospécifiques. Nous ne citons que l'opinion de F. Plaut y relative : « La positivité des hémoréactions (Wass., S.-G., Meinicke, etc.) prouve qu'il s'agit d'une infection syphilitique, et que l'organisme recèle encore des agents vivants syphilitiques ». « On doit considérer le Wass. comme une expression de syphilis active » (Blumenthal et Malinckrodt-Haupt). Il est vrai que la présence d'anticorps dans le sang est imaginable même après la disparition du dernier tréponème, jusqu'à la fin de l'élimination des

anticorps accumulés. Mais dans ces cas le Wass. positif diminue progressivement et sans aucune cure, dans le délai de 2-3 mois, et devient enfin négatif (Goldberger).

Il y a encore certaines opinions, suivant lesquelles, « des malades apparemment guéris ont une séroréaction positive invariable; la raison probable en est que leurs cellules sont imbibées de sels métalliques » (Nékám). Ces sels exciteraient donc les cellules à produire sans cesse des anticorps fixateurs de complément. Cette fonction ne pourrait cesser qu'après l'élimination des résidus métalliques. Mais cet avis n'est guère congruent au fait que plusieurs de nos cas invariablement positifs, ayant été une fois rendus négatifs par une cure quelconque, redevinrent plus tard négatifs, sans aucun traitement consécutif. Cette conduite ne s'explique sans contrainte que par l'admission d'un virus vivant.

Les recherches récentes de F. Klopstock font voir que dans le sang la présence des anticorps précipitants et fixateurs de complément est liée à celle des tréponèmes ; à la disparition de ceux-ci ils disparaissent eux-mêmes. Nous attribuons la Wass.-négativité, causée par l'actinothérapie et l'autohémothérapie, à l'atténuation ou à la destruction des tréponèmes par les corps réactifs anti-inflammatoires, spécifiques et non spécifiques. Nous en avons relaté dans notre première publication. Il dépend alors de la quantité, de la vigueur, en un mot de l'intensité tréponémicide de ces corps, que les antilipoïdes disparaissent pour une période plus ou moins longue ou pour jamais de l'organisme. En d'autres termes : que la Wass.-négativité, résultant de la thérapie, soit perpétuelle ou transitoire.

Cette explication ne s'applique qu'aux cas tardifs latents, Wass.-positifs et sans symptômes cliniques. Si nous voulons l'appliquer à l'angio- et neurosyphilis, il faut nous rendre compte du rôle que les lipoïdes organiques (H. Sachs) jouent à côté des anticorps précipitants et fixateurs de complément. Leur disparition dépend non seulement de l'atténuation ou de la destruction des tréponèmes, mais encore de la restitution des lésions organiques. C'est une exigence qui ne s'effectue guère, d'après nos connaissances présentes. Par conséquent nous parviendrons beaucoup plus rarement à une Wass.-négativité définitive ou transitoire à l'aide du traitement, dans l'angio- et neurosyphilis (Voir aussi plus bas).

Avant le traitement :

Il y avait + + + positifs	16
Il y avait + + positifs	2
Il y avait + positifs	3
Total . . .	21

—

Après le traitement :

Restaient + + + positifs	5
S'atténuaient jusqu'à + + — +.	4
Restaient positifs . . .	9

—

Après le traitement :

Devenaient négatifs des + + + positifs. . .	7
Devenaient négatifs des + + positifs. . .	2
Devenaient négatifs des + positifs. . .	3
En tout, devenaient négatifs . .	12 (57 o/o)

L'actinothérapie ultraviolette combinée avec des autohémoinjections est apte à rendre négative la Wass. positive. Nos expériences sur ce sujet ont été contrôlées et confirmées par M. Lehner. Dans une remarque faite au congrès international de Copenhague, M. Gottron a reconnu de même la justesse de nos constatations. Il réussit également à changer en négatif des Wass. invariablement positifs.

On se demandera bien, quelle est la durée de cette Wass.-négativité ? La durée minima en était de 5 mois, la maxima de 36 mois !

Durée de la négativité (1)

5 mois.	1 cas
8 mois	2 cas
10-14 mois.	6 cas
25 mois	1 cas
27 mois	1 cas
36 mois.	1 cas
	12 cas

Il est remarquable que 6 parmi les 12 cas devenus négatifs ne se soumettaient à aucun traitement postérieur ; les 6 autres furent soumis à 1-4 cures chimiospécifiques. L'actinothérapie est donc apte

(1) Une partie des patients ne se présentait plus, ou bien ils furent examinés pour la dernière fois à la clôture de notre travail (mai 1930). La durée « exacte » n'était donc pas toujours à constater.

à établir une Wass.-négativité assez durable (voir tab. 2). Quelques-uns des cas devenus négatifs redevinrent positifs plus tard ; ainsi, nous n'avons pas plus de 8 cas Wass.-négatifs à la clôture du travail (38 o/o).

Les réactions précipitantes (de Sachs-Georgi, Kiss) se comportaient parallèlement au Wass. Elles annonçaient dans certains cas la phase positive plus tôt ; elles étaient donc plus sensibles.

Pour juger l'influence sur le Wass., nous n'avons pris en considération que les cas neurosyphilitiques et vasculaires ayant un Wass. positif avant l'actinothérapie. Il y en avait 28.

Avant le traitement :

Il y avait +++ positifs	11
Il y avait ++ positifs	8
Il y avait + resp. ± positif	8
(Négatif)	1
En tout	28

—

Après le traitement :

Restaient +++ positifs	8
Restaient invariables ou s'affaiblissaient .	7
Devenaient positifs plus fortement (provocation)	5
Total des cas restés positifs . .	20

—

Après le traitement :

Devenaient négatifs des +++ positifs. .	2
Devenaient négatifs des ++ positifs. .	2
Devenaient négatifs des + positifs. .	4
Total des cas devenus négatifs . .	8 (28 o/o)

Le changement des Wass. positifs en négatifs se présentait ici de même, mais bien plus rarement : 28 o/o au lieu de 57 o/o des cas latents.

DURÉE DE LA NÉGATIVITÉ

2 mois	1 cas
4 mois	1 cas
6 mois	1 cas
7 mois	2 cas
8 mois	1 cas
12 mois	1 cas
Total. . . .	7 cas

Nos observations relatives à la durée de la négativité embrassent un délai de 2-12 mois. Une partie des malades ne se présentait plus, une autre partie se trouve encore sous contrôle lors de la clôture du présent travail (mai 1930). Nous voulons remarquer que la plupart des malades ne se soumettaient pas à une cure chimiospécifique postérieure. La phase négative est due, par conséquent, à l'actino- et autohémothérapie. Dans un cas, le Wass. positif ne variait pas même à la suite d'un traitement malarien. Ce ne fut qu'au cours d'autohémoinjections du malade irradié qu'il fut négatif.

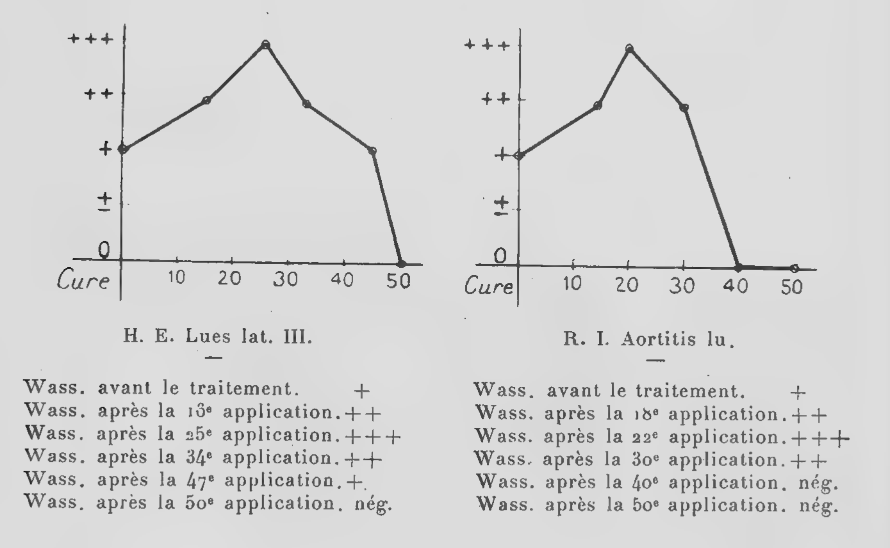
Nous avons donc abouti à la même conclusion dans les cas neurosyphilitiques et cardiovasculaires que dans la syphilis latente tardive. L'actinothérapie et les autohémoinjections des malades irradiés sont capables de rendre négatif un Wass. positif, même dans les cas dont la réaction positive ne fut pas du tout changée par une cure chimiospécifique précédente. Mais la proportion n'en est pas si favorable que dans la syphilis latente. Celle-ci a un nombre proportionnel des cas négatifs et positifs de 4 : 3 (12 : 9) ; les cas neurosyphilitiques et vasculaires de 2 : 5 (8 : 20). On comprend très bien pourquoi les autohémoinjections ont une influence moins favorable sur le Wass. dans l'angio- et neurosyphilis, si l'on considère que les foyers tréponémiques du système nerveux central sont moins accessibles aux autohémoinjections que ceux de la syphilis latente, puisque ces foyers s'opposent à tout traitement.

Fluctuations de la réaction de Bordet-Wassermann.

Au cours de l'actino- et de l'autohémothérapie il se montrait dans la conduite des anticorps lipoïdiques une fluctuation semblable à celle qui arrive régulièrement à la suite d'influences diverses. Ceci se présente d'abord comme une augmentation, plus tard comme une diminution des anticorps. En exécutant des Wass. à peu d'intervalles pendant le traitement, on pouvait constater une augmentation (réactivation) et puis une atténuation de la réaction, même jusqu'à la négativité totale. Dans quelques cas la réaction augmentée se maintenait au cours du traitement suivant.

Nous avons observé la fluctuation de la réaction assez souvent, (17 fois). Les premières insolations et injections sanguines semblent avoir causé une réaction focale dans les foyers tréponémiques. Cette

réaction amène une activité plus vive des tréponèmes (décomposition ?), en les mobilisant, et par cela, une surabondance des anticorps lipoïdiques. Au cours du traitement consécutif les tréponèmes rediminuent, sous l'influence des substances inflammatoires atténuatrices. Il va sans dire que cette fluctuation peut se ramener également à une activité exagérée, ou bien diminuée des endroits formateurs des anticorps lipoïdiques. Le titre des anticorps lipoïdiques sanguins donne ainsi une courbe régulière. Nous en présentons quelques exemples :



H. E. Lues lat. III.

Wass. avant le traitement. +
Wass. après la 15e application. ++
Wass. après la 25e application. +++
Wass. après la 34e application. ++
Wass. après la 47e application. +
Wass. après la 50e application. nég.

R. I. Aortitis lu.

Wass. avant le traitement. +
Wass. après la 18e application. ++
Wass. après la 22e application. +++
Wass. après la 30e application. ++
Wass. après la 40e application. nég.
Wass. après la 50e application. nég.

Manière d'être des réactions colloïdales.

Nous avons constaté, en outre, quelques autres altérations du plasma sanguin, lesquelles existent aussi longtemps que la syphilis, et disparaissent graduellement à l'arrivée de la guérison. Telles les réactions de la labilité colloïdale, qui sont positives dans les processus suivis de décomposition cellulaire où les globulines apparaissent augmentées. Puis l'enregistrement de la réfraction du plasma, qui est augmentée dans les cas syphilitiques combinés avec une décomposition de tissus. Parmi les réactions de labilité, nous nous servions de la vitesse de sédimentation des globules rouges

et de la réaction précipitant les globulines de Matéffy et Darányi.

Nous pouvions constater que la vitesse de sédimentation des globules rouges décroît peu à peu par suite de l'actino- et autohémothérapie, et conserve des valeurs basses aussi après la cure. La décroissance de la vitesse de sédimentation des globules rouges se montrait, et dans les cas à Wass. positif, et dans les négatifs.

La réaction de Matéffy devint aussi négative, dans la plupart de nos cas, sous l'influence de l'actino- et autohémothérapie, même si le Wass. restait positif. Il n'y a donc pas de parallèle entre les réactions de la labilité colloïdale et les anticorps fixateurs de complément.

Les valeurs réfractives du sérum s'y montraient très semblables. La réfraction du sérum était, dans presque tous les cas examinés, fortement élevée : en moyenne 13.540-13.550, à l'opposé de 13.476-13.512 chez le normal (Böhme). Après la cure un abaissement considérable de 15-30 points se produisit, de sorte que les valeurs approchaient de la normale, et atteignaient leur limite supérieure.

Les valeurs de Ca étaient normales dans les cas examinés (8 mgr. 2-12 mgr. 7 o/o). Après des insolations ultra-violettes elles s'augmentaient sans exception ; de 10 milligrammes o/o en moyenne à 14-16 milligrammes o/o.

Réaction de l'allergie cutanée sur la luétine.

Il y avait parmi nos cas 43 luétine-positifs : 21 cas latents tardifs et 27 des 41 cas neurosyphilitiques et vasculaires. Nous nous sommes servis de la luétine organique de Busson. Pour éviter des inflammations non spécifiques, les réactions ne furent lysées qu'au bout de 48-72 heures (1).

Des 43 cas, immédiatement après le traitement, ils étaient :

	Neurosyph. Lat.
Augmentés.	25 (9-16)
Atténués	19 (7-12)
Non altérés.	7 (3- 4)
	51

(1) Dujardin et Decamps, Gougerot et ses collaborateurs faisaient usage de l'hémostyl (sérum de cheval) pour démontrer l'allergie cutanée dans la syphilis. Par des expériences d'injections parallèles — et de luétine, et d'hémostyl — nous avons pu constater que la réaction par l'hémostyl est positive dans la plupart des cas Lu-positifs. Pourtant, elle est absolument transitoire et non spécifique, étant ainsi beaucoup moins authentique.

(Le plus grand nombre provient des traitements et examens fréquents de quelques cas).

Quant à la conduite consécutive de la réaction de luétine, nous observions plus tard, dans les cas examinés :

Une augmentation chez 9 ;
Un abaissement chez 16 ;
Point de changement chez 3.

Dans plusieurs cas l'atténuation aboutissait à l'anergie.

Après l'actino- et l'autohémothérapie la réaction à la luétine était donc augmentée, comme nous l'avons déjà vu précédemment. Cette augmentation ne se présentait pour la plupart des cas qu'au début, ou bien avant l'administration d'un grand nombre d'injections et d'insolations. Mais si le traitement se poursuivait ou si les malades subissaient une observation prolongée, alors aux réactions exagérées se substituaient des réactions atténuées, aboutissant souvent à l'anergie. C'est pourquoi nous rencontrons plus de réactions atténuées qu'exagérées au cours de l'observation suivante. Il est donc indispensable d'observer les réactions assez longtemps, pour obtenir des valeurs exactes. L'augmentation primaire et la diminution ultérieure de la réaction à la luétine présentent une fluctuation similaire à celle des anticorps lipoïdiques.

Concernant le comportement de la réaction à la luétine, les cas neurosyphilitiques et vasculaires sont à peu près parallèles aux cas latents tardifs. Ceci met en évidence que la fluctuation d'intensité de la réaction provient, en première ligne, des processus provoqués dans la peau par le traitement, et non pas par les altérations syphilitiques.

La réaction positive à la luétine est liée, selon la théorie allergique, à la présence de réagines fixées aux cellules (1). MM. Lehner et Rajka ont démontré dans chaque réaction allergique la formation d'une substance inflammatoire atténuatrice (déréagine), simultanément à celle de la réagine. Au cours de la sensibilisation artificielle on peut très bien suivre, comment au début, les réagines prédomi-

(1) MM. Lehner et Rajka ont récemment démontré les réagines anti-luétiniennes par des transmissions passives. Dans trois cas avec une allergie cutanée très forte, ils réussirent à transmettre les réagines par moyen de la méthode de l'oreille de lapin (*Arch. f. Dermat.*, Bd. 161, 1930).

nent, tandis que, plus tard, les déréagines acquièrent la prédominance ; ici commence la période de désensibilisation. Le jeu mutuel des réagines et des déréagines n'est pas si régulier dans les maladies spontanées et les infections douées d'altérations allergiques ; dans la syphilis par conséquence. Ici, des périodes de sensibilisation et désensibilisation se poursuivent. L'effet des déréagines se manifeste dans l'atténuation des réactions allergiques. Celle-ci s'explique donc par la présence de déréagines inflammatoires atténuatrices, pourvu que l'augmentation la précède. Aussi dans la syphilis peut-on supposer que l'atténuation de la réaction à la luétine, après une augmentation antécédente, est causée par les déréagines, et qu'elle indique une période de désensibilisation. Il suit que le développement de l'allergie cutanée est important et désirable pour la formation des déréagines, comme étant la première condition d'une période de désensibilisation.

Parmi les anticorps de la syphilis, connus actuellement, ceux qui doivent être considérés, accompagnent seulement les tréponèmes, mais ils n'ont aucune influence diminuante ou dévastatrice (Ces anticorps sont les antilipoïdes précipitants et fixateurs de complément, c'est-à-dire des antilipoïdes organospécifiques et des anticorps de tréponèmes). Il faut attribuer, par contre, une importance plus grande aux réagines et déréagines, puisqu'elles font, selon toute apparence, une attaque active des tréponèmes. Leur augmentation semble donc être utile ; voilà un avis exprimé par M. Nékám dans son discours de Copenhague.

La réaction à la luétine ne laisse reconnaître aucun parallélisme ni avec le Wass., et les réactions précipitantes, ni avec les hémoréactions colloïdales ; elle en est parfaitement indépendante. Suivant nos expériences, la présence de la réaction à la luétine ne permet pas de conclusions pronostiques, comme Gougerot et d'autres l'admettent. Nous avons observé des cas très sérieux et progressifs de neurosyphilis avec une réaction exagérée à la luétine et, par contre, des cas bénins et relativement simples peuvent avoir une réaction minime ou même négative à la luétine. Un cas de syphilis congénitale, par exemple, donnait toujours le plus fort Wass., et la réaction à la luétine y était la plus intense que nous ayons jamais vue.

Influence sur les symptômes cliniques.

Nous avons eu l'occasion d'observer 41 cas en tout : 35 tabès (des formes pures et mixtes, 2 taboparalysies parmi eux), 1 paralysie progressive, 2 *lues cerebri* et 3 aortites luétiques pures. Parmi les 41 cas il n'y en avait pas un qui ne se fut pas amélioré subjectivement au cours du traitement.

Il y avait une *amélioration subjective considérable* (concernant tous les symptômes) dans 11 cas.

Il y avait une *amélioration prononcée* (concernant quelques symptômes seulement) dans 30 cas.

Cette amélioration subjective de 100 o/o excède, naturellement, beaucoup la fréquence des rémissions spontanées ; elle s'attribue donc sans doute à la cure. L'amélioration concernait presque tous les symptômes. Les crises gastriques, le vertige, les douleurs fulgurantes se sont améliorés en première ligne, mais il en était de même, pour la plupart, de la marche ataxique et de l'incontinence urinaire, etc. Quelques cas avec des symptômes paralytiques donnaient l'aspect d'une amélioration psychique aussi. L'amélioration s'établissait, n'importe si le malade s'était trouvé dans la phase séropositive ou négative. Les améliorations cliniques et sérologiques sont ainsi tout à fait disjointes (1).

Sur la durée des rémissions nous ne pouvons pas encore présenter des conclusions finales. La majorité des cas ne subit le traitement que depuis 6 mois-1 an ; nos observations relatives à la durée n'embrassent donc qu'une période assez brève. Ce ne fut que pour peu de cas que nous avons eu l'occasion de prolonger ces observations.

(1) La malariathérapie nous livrait des expériences similaires. Dans certaines circonstances les symptômes disparaissent par la thérapie malarienne chez les paralytiques, et le Wass. reste invariable.

Durée des rémissions, c'est-à-dire de l'observation :

1 mois dans	5 cas	
2 mois dans	9 cas	
3 mois dans	5 cas	
4 mois dans	5 cas	
5 mois dans	2 cas	
6 mois dans	3 cas	
7 mois dans	3 cas	
8 mois dans	3 cas	
9 mois dans	1 cas	
10 mois dans	1 cas	
12 mois dans	3 cas	7 cas
15 mois dans	1 cas	
18 mois dans	2 cas	
19 mois dans	1 cas	
	44 cas (1)	

La rémission persistait plus d'un an dans 7 cas, résultat remarquable pourtant. Il y avait des rechutes en 9 cas ; 4 s'amélioraient par suite du second traitement et se comportent très bien actuellement, le reste (5) est encore atteint de la rechute. Quelques-uns parmi eux passent maintenant par la deuxième cure. Les rechutes arrivaient au 2e-8e mois :

2 fois après 2 mois
2 fois après 3 mois
2 fois après 4 mois
1 fois après 5 mois
2 fois après 7 mois
1 fois après 8 mois

10 fois
(1 cas avait 2 rechutes).

Aucun traitement non spécifique n'est doué d'un effet aussi favorable, surtout en ce qui concerne le tabès. Hoff et Kauders par exemple n'obtinrent par la malariathérapie aucune amélioration du tout dans 25 o/o. Hauptmann ne trouva d'amélioration que chez 15 parmi 58 cas de tabès, c'est-à-dire dans 10-20 o/o. Le motif principal de cette différence résulte, à notre avis, de ce que les autres méthodes non spécifiques (malaria, Saprovitan, etc.) ne sont pas indifférentes. Elles épuisent trop l'organisme déjà sans forces. Les malades affaiblis davantage par la haute fièvre, ne sont pas

(1) Quelques-uns se soumettaient au traitement à plusieurs reprises.

capables de reprendre leurs forces. L'actino et l'autohémothérapie renforcent, en première ligne, les malades. Dans chacun de nos cas l'état général s'améliora, l'insomnie disparut, l'appétit augmenta et avec lui le poids (jusqu'à 5-8 kgr.). Le goût du travail et les forces vitales s'accrurent et les malades se remirent à travailler, au lieu de faire le tour des hôpitaux.

Les faits ci-dessus rapportés suffisent à accréditer l'actinothérapie, c'est-à-dire la combinaison de l'actino- autohémothérapie des malades irradiés, dans le traitement de l'angio- et de la neurosyphilis, comme méthode non spécifique. Elle se poursuit facilement d'une façon ambulatoire et tant de fois qu'il sera nécessaire, sans nuire aux patients. Tout au contraire, nous croyons qu'une cure régulièrement intermittente est capable de stabiliser l'état amélioré des patients. Il est bien naturel que cette méthode ait aussi ses rechutes — immédiatement après la cure ou peu de temps plus tard — mais elles ne sont pas très nombreuses. Nous poursuivons assez la compensation des rémissions, brèves, du reste, à l'aide des cures répétées.

Notre but n'est naturellement pas de rejeter les autres méthodes non spécifiques, déjà éprouvées, au profit de l'actino- et autohémothérapie. Leur emploi est opportun si le cas l'admet ; on devra y recourir si la thérapeutique d'infection ou fébrile est indiquée. Notre conclusion en est pourtant qu'il faudrait l'introduire dans tous les cas invétérés et résistant aux cures chimiospécifiques et non spécifiques. Aussi faut-il s'en servir si la thérapie d'infection ou fébrile ne peut pas se faire pour n'importe quelle raison, et en outre, dans tous les cas de tabès.

Conclusions.

Dans des cas tardifs de syphilis latente (à Wass. constamment positif), auxquels le traitement chimiospécifique avait été appliqué sans effet, aussi bien que dans des cas cardiovasculaires et neurosyphilitiques (le plus souvent le tabès) qui ont été soumis aux traitements chimiospécifiques et non spécifiques, sans effet appréciable, on obtient des résultats remarquables soit par le traitement avec les rayons ultra-violets, soit par des injections de sang, combinées avec des bains de lumière. Chaque traitement comprenait 30 insola-

tions et 20 injections. Le sang avait été pris du sujet même, une demi-heure après le commencement de l'insolation.

41 o/o des Wass. positifs devinrent négatifs (dans des cas latents il s'agissait de 57, dans des cas de neurosyphilis de 28 o/o). La durée de l'état négatif fut suivie de 2 à 36 mois. Plus tard, une part des cas s'est affirmée de nouveau comme positive. Les réactions colloïdales, valeurs réfractaires du sérum, devinrent normales, le titre du Ca augmenta dans le sang.

L'intensité de l'allergie cutanée, contrôlée par la luétine, s'accentua au début, pour baisser, dans la plupart des cas, par la suite. Cette diminution, précédée d'un haussement de réaction, peut être prise pour un indice de la désensibilisation.

Quant à la neurosyphilis et aux affections aortiques, les phénomènes cliniques, d'ordre subjectif, s'y améliorèrent dans chacun des cas (dont le total est de 41). Cette amélioration concerne toute la variété des phénomènes (crises gastriques, vomissements, douleurs fulgurantes, incontinence d'urine, aortalgie, etc.). La durée des rémissions est, lors de la clôture de l'examen, de 1 à 19 mois. Des rechutes ne se produisirent qu'en 9 cas (22 o/o), dont quatre se réaméliorèrent au cours du second traitement, de sorte que le nombre des rechutes se réduit à présent à cinq (12 o/o). Durant et après le traitement l'état général des malades est satisfaisant ; ils dorment bien, leur appétit et leur poids augmentent, leur goût du travail et les forces vitales reviennent. Les phénomènes d'ordre objectif restent, en général, invariables.

Le traitement se poursuit avec facilité, d'une façon ambulatoire et tant de fois que sa nécessité s'impose. On doit établir cependant entre chaque cure certains intervalles réguliers. Il paraît qu'à l'aide d'un tel traitement intermittent on arrive à rendre stable aux malades leur état d'amélioration.

Bibliographie

Ch. Brody. — *Conception moderne de la péritonite tuberculeuse et de son traitement.* Paris, 1926. — Association systématique de l'hélio- et de l'actinothérapie. *Rapport Ve Congrès International de Physiothérapie.* Liège, 1930.

E. Rájka und E. Radnai. — Ueber die Wirkung der ultravioletten Bestrahlung auf die Wassermannsche Reaktion und die kutane Allergie bei der Lues. *Wiener Klin. Woch.*, 1928, Jahrgang 41, no 2.

Ueber die günstige Beeinflussung der Wassermannschen Reaktion und der Neurosyphilis mit Licht- bzw. mit kombinierter Licht- und Eigenblutbehandlung. Vortrag gehalten am *VIII*[e] *internationalen Kongress für Derm. und Syphil.*, Kopenhagen, 1930, August.

E. Rajka und E. Radnai. — Behandlung spätsyphilitischer Erkrankungen mit Quarzbestrahlungen und mit Eigenblutinjektionen quarzbestrahlter Kranken. *Monatsschr. Ungar. Med.*, 1930, n° 7.

Edmund Rajka und Ernst Radnai. — Behandlung spätsyphilitischer Erkrankungen (Gefäss- und Nervensyphilisfälle mit hartnäckig positiver WaR) mit Ultraviolettbestrahlungen und Eigenblutinjektionen der bestrahlten Kranken. *Zeitschrift f. die gesamte Neurologie und Psychiatrie*, 1931, Bd. CXXXI, 774.

Török, Lehner und Urban. — *Krankheitsforschg.*, Bd. I, n° 5.

L. Török. — *Handb. f. Haut- u. Geschl. Krkh. von Jadassohn*, Bd. VI.

SUR LE POUVOIR RÉDUCTEUR DES DIVERS ARSENOÏQUES COMMERCIAUX

Par A. et P. VALDIGUIÉ.

Les dérivés de l'arsénobenzol qui possèdent dans leur molécule soit un ou plusieurs groupements sulfoxyliques (914 et ses similaires) soit un ou plusieurs groupements méthylène-bisulfite (type sulfarsénol) ont un pouvoir réducteur plus intense que la base arsénobenzol elle-même.

L'action réductrice des arsénoïques se manifeste sous l'action de nombreux réactifs :

Une solution aqueuse récente réduit *à froid* les sels de mercure d'argent, de bismuth ;

Elle donne avec la liqueur de Fehling, *à froid* et plus rapidement à chaud un précipité d'oxyde cuivreux ;

Elle colore en bleu un mélange de perchlorure de fer et de ferricyanure de potassium.

Nous avons observé que les arsénoïques colorent immédiatement et avec intensité le réactif de Folin et Denis qui sert au dosage de l'acide urique.

Le pouvoir réducteur différent des groupements fixés sur la base arsénobenzol permet de différencier le sulfarsénol et le 914 ou leurs similaires suivant la technique de Freedmann et Sherndal : 5 centimètres cubes d'une solution au 1/100e du produit sont additionnés de 5 à 6 gouttes d'une solution de bleu de méthylène à 0 gr. 25 0/0. Dans ces conditions les sulfarsénols restent colorés en bleu tandis que les novarsénobenzols se décolorent rapidement.

En appliquant cette technique, nous avons observé que certains sulfarsénols réduisaient énergiquement et plus rapidement le bleu de méthylène que ne le faisaient certains arsénoïques du type 914. Le pouvoir réducteur vis-à-vis du bleu de méthylène était donc

inversé. La rapidité de la décoloration du bleu varie pour un même produit suivant les échantillons. L'examen de nombreux arsénoïques commerciaux nous a permis d'établir que les différences signalées dans le pouvoir réducteur, vis-à-vis du bleu de méthylène des types 914 ou des sulfarsénols s'observaient principalement dans des échantillons de fabrication ancienne. Avec des tubes de date de préparation récente la réaction était toujours normale, c'est-à-dire qu'elle se produisait dans le sens indiqué. Faut-il attribuer cette anomalie à l'altération des arsénoïques avec le temps ou à une modification dans leur préparation ?

Ces constatations nous ont conduits à étudier le pouvoir réducteur des divers arsénoïques commerciaux. Nous l'avons mesuré par l'action directe de leur solution aqueuse sur les sels de mercure, sur les sels de cuivre et sur le permanganate dans les conditions suivantes.

Pour comparer l'action réductrice des arsénoïques commerciaux sur les sels de mercure nous avons employée la méthode récemment appliquée par Penau et G. Tanret (1) à la détermination du pouvoir réducteur des urines qui n'est qu'une adaptation de la méthode de Baudoin et Lewin (2) pour le dosage du glucose sanguin. Dix centimètres cubes de la solution aqueuse de l'arsénoïque à 1,2 ou 1,5 o/oo sont placés dans une fiole conique avec 30 centimètres cubes de la solution iodomercurielle de Baudoin et 6 centimètres cubes de soude au 1/3 ; on porte à l'ébullition exactement pendant trois minutes et on refroidit rapidement au bout de ce temps ; on ajoute alors 20 centimètres cubes de solution d'iode N/10, on agite et l'excès d'iode est dosé par l'hyposulfite de soude N/10.

En appliquant la méthode de Bertrand pour le dosage des sucres réducteurs nous avons mesuré le pouvoir réducteur des arsénoïques sur les sels de cuivre : 20 centimètres cubes de la solution étendue d'arsénoïque agissaient sur le mélange de 20 centimètres cubes de chacune des deux liqueurs A et B de Bertrand, dans les conditions habituelles. Les résultats obtenus ont été exprimés en cuivre et rapportés à 1 gramme de substance.

Pour mesurer le pouvoir réducteur de ces corps vis-à-vis du per-

(1) Penau et G. Tanret. *Ac. des Sciences*, 28 octobre 1929.
(2) Baudoin et Lewin. *Bull. Soc. Chim. Biol.*, 1927, p. 280.

manganate de potasse nous avons appliqué la méthode indiquée par Denigès et Labat pour doser le 606 (1). Les résultats étaient exprimés en centimètres cubes de MnO^4K N/10 absorbés par gramme de produit.

Ces divers essais étaient effectués très rapidement sur la solution aqueuse d'un même échantillon obtenue au moment même des déterminations.

Pour rendre comparables les pouvoirs réducteurs des divers échantillons essayés, rapportés à 1 gramme de substance, nous avons fait égal à 100 le pouvoir réducteur le plus faible que nous avons obtenu. Ci-après nous indiquons quelques-uns de nos résultats.

	Pouvoir réducteur vis-à-vis	
	des sels de mercure	des sels de cuivre
	—	—
Type 914 A.	110	135,3
» » B.	105,5	131,9
» » C.	109,3	»
» » D.	100	100
» » E.	114,5	136,1
» » F.	126,5	149,3
» » G.	125	131,6
» » H.	110	122
Type sulfarsénol A. . .	140	138,7
» » B. . .	147	134,5
» » C. . .	161	131,9

Des nombreux essais réalisés se dégagent les conclusions suivantes :

1° Le pouvoir réducteur des divers arsénoïques commerciaux type 914 est très différent. Il varie de 100 à 126 pour les échantillons examinés ;

2° Tandis que pour certains produits il y a concordance des pouvoirs réducteurs établis suivant les diverses méthodes indiquées, pour certains autres la concordance n'existe pas ;

3° Pour certains arsénoïques type 914, de même origine, le pouvoir réducteur des produits de fabrication récente est plus élevé que

(1) DENIGÈS et LABAT. *Bull. Soc. Thér. de Bordeaux*, 1911, p. 97.

celui observé dans des échantillons de préparation plus ancienne ;

4° Le pouvoir réducteur des composés à groupement sulfoxylique n'est pas en rapport avec leur teneur en soufre ;

5° Les composés du type sulfarsénol sont plus réducteurs vis-à-vis de la liqueur mercurielle que ceux du type 914 ; alors que le pouvoir réducteur le plus élevé des arsénoïques type 914 essayés est représenté par 126, celui des types sulfarsénols peut atteindre 160. L'oxydation de certains sulfarsénols exige beaucoup plus de permanganate que certains « 914 ».

L'étude du pouvoir réducteur des arsénoïques nous a conduits à interpréter le rôle de l'hyposulfite de soude préconisé par Ravaut (1) pour la préparation de leurs solutions injectables.

On sait que Ravaut remplace l'eau distillée par une solution aqueuse d'hyposulfite de soude à 20 o/o.

On considère généralement avec Drouet et Verain, avec Lumière et ses collaborateurs que les hyposulfites sont des antichocs aussi bien sous forme d'hyposulfite de soude que d'hyposulfite de magnésium. L'hyposulfite est utilisé, en outre, pour diminuer la toxicité d'un certain nombre de sels métalliques (sels d'or, de thallium, de bismuth...).

Nous pensons que, dans le cas des arsénoïques, l'hyposulfite de soude, agit par son action réductrice. Il agit comme antioxygène, suivant la conception de Moureu et Dufraisse (2) en retardant ou en empêchant l'oxydation de l'arsénoïque et la transformation de R — As = As — R en AsOR.

Caujolle (3) a montré l'action diurétique de l'hyposulfite de soude introduit par voie veineuse ; s'il en est ainsi, l'hyposulfite n'entraînerait-il pas l'arsénoïque non fixé encore ou une quantité plus ou moins grande de la quantité injectée ?

Quoiqu'il en soit, l'addition d'hyposulfite de soude augmente considérablement le pouvoir réducteur des arsénoiques. Il serait intéressant de rechercher par des épreuves de toxicité sur l'animal dans quelle mesure cette toxicité des arsénoïques est modifiée par l'hyposulfite de soude.

(1) Ravaut. *Bull. Soc. Dermatologie*, 1929, p. 16.
(2) Moureu et Dufraisse. *C. R. Ac. Sc.*, t. CLXXVIII, p. 1861, 1924.
(3) Caujolle. Les éliminations par la voie biliaire. *Thèse Médecine*, Alger, 1929.

LA SÉANCE SPÉCIALE DE LA RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG CONSACRÉE AUX CHÉLOÏDES

(MAI 1931)

Par le Docteur ALICE ULLMO (de Strasbourg)

La Réunion Dermatologique de Strasbourg vient de tenir, le dimanche 17 mai, sa cinquième Séance spéciale consacrée à l'étude d'un sujet déterminé : les chéloïdes.

Comme toujours, elle a réuni un nombre important de dermatologistes venus d'un peu partout : de Paris, de Nancy, de Lyon, de Montpellier, de Bruxelles, d'Anvers, de Liège, de Genève, de Berne, de Fribourg-en-Brisgau, de Francfort, de Belgrade et même de l'Amérique du Sud.

Cette réunion a pris maintenant une place régulière dans le calendrier dermatologique annuel et tous les dermatologistes qui s'y réunissent paraissent s'y retrouver chaque fois avec plaisir ; l'atmosphère de cordialité, de camaraderie entretenue par l'excellent déjeuner qu'offre régulièrement le Prof. PAUTRIER, la formule heureuse qui, avec un auditoire restreint mais compétent, permet de faire le point d'une question au cours d'une journée, ont séduit définitivement les assistants.

Le sujet choisi cette année n'avait pas été sans surprendre quelques-uns des invités qui craignaient qu'il ne manquât vraiment un peu d'intérêt et qu'il n'y eut pas grand'chose à dire sur ce que la plupart d'entre eux considéraient comme une simple difformité dont l'étiologie capricieuse nous échappait encore. Ce ne fut pas le moindre mérite de cette séance que d'arriver à donner un vif intérêt à cette question qui paraissait ardue et les discussions nombreuses témoignèrent de l'attention parfois passionnée avec laquelle furent suivies les communications. Dès le début, M. PAUTRIER posait le problème d'une façon entièrement nouvelle et originale ; il déclarait, en effet, qu'il ne voulait voir dans les chéloïdes que la continuation du sujet déjà traité à la réunion spéciale de 1929 : les atrophies cutanées et les sclérodermies ; ces deux derniers

groupes d'affections ainsi que les chéloïdes ne lui apparaissant que comme les aspects différents d'un seul et même sujet : celui des troubles du métabolisme du tissu conjonctif. Certes, au point de vue clinique, dermatite chronique atrophiante, sclérodermie et chéloïdes paraissent offrir des différences totales, mais en réalité dans ces trois affections, et peut-être pour des causes différentes, c'est toujours le même tissu, le tissu conjonctif, qui est touché en même temps que le tissu élastique qui lui est toujours si étroitement associé ; c'est le tissu conjonctif qui change de structure, probablement de composition chimique, qui s'atrophie, se sclérose et s'infiltre ou s'hypertrophie. Envisagé sous ce jour, le problème des chéloïdes prend un intérêt scientifique tout nouveau.

Étudiant les conditions qui paraissent favoriser la production de chéloïdes, M. Pautrier fait remarquer qu'elles paraissent se produire avec prédilection sur les peaux fines et richement vascularisées, sujets jeunes, femmes et nègres. D'autre part, les chéloïdes sont particulièrement fréquentes après les brûlures ; or, ce qui caractérise ces dernières, c'est la longueur de leur évolution et la lenteur de leur réparation. Le lupus tuberculeux est également une affection qui prédispose tout spécialement aux chéloïdes, mais plus particulièrement ceux qui ont été ulcérés, soit par un curettage, soit par un caustique chimique aboutissant ainsi à la formation d'une plaie torpide qui mettra, elle aussi, des semaines à se cicatriser et réalisera ainsi des conditions analogues à celles des brûlures ; le collagène partiellement détruit, fortement irrité, largement mis à nu est privé pendant un temps assez long de l'action de contrôle et de stabilisation que le tissu épithélial exerce normalement sur lui ; c'est vraisemblablement un processus analogue qui explique la formation fréquente des chéloïdes au voisinage des trajets fistuleux longtemps ouverts des ganglions tuberculeux, ainsi qu'au niveau des cicatrices consécutives à l'électro-coagulation.

La question devient plus complexe si l'on envisage les chéloïdes dites primitives ou spontanées. C'est dans l'étude de ces dernières que les partisans de la théorie infectieuse trouvent leur principal argument, certains ont même cru être autorisés à soutenir une étiologie tuberculeuse. M. Pautrier ne partage pas cette façon de voir ; l'argument principal qui est d'ordre clinique et qui tient à la fréquence des chéloïdes sur lupus et ganglions tuberculeux lui paraissant s'expliquer par les considérations qu'il vient de développer, l'argument histologique ne pouvant entrer en ligne de compte et les inoculations à l'animal ne lui paraissant pas convaincantes, à moins que la question du virus filtrant tuberculeux ne vienne tout remettre en question.

Abordant le problème comme fonction des troubles du métabolisme du tissu conjonctif, M. Pautrier et ses collaborateurs vont s'efforcer de l'étudier de toute autre façon ; ils ne se dissimulent pas que cette façon d'envisager le problème est sujet à critiques. Si la formation du tissu chéloïdien est liée à des troubles chimiques ou physico-chimiques des

humeurs de l'organisme et du tissu conjonctif, un sujet présentant ces troubles devrait réagir régulièrement par une chéloïde à tout traumatisme cutané ; or, certains malades font une chéloïde à la suite d'une blessure, alors qu'une autre effraction de l'épiderme se cicatrisera normalement, mais cette objection présuppose que toutes les régions du tégument cutané sont égales entre elles, que l'action vaso-motrice s'exerce partout de même façon, ce qui n'est pas démontré.

La question des chéloïdes familiales, ainsi que des chéloïdes d'origine endocrinienne telles que celles qui coïncident avec la maladie de Basedow paraissent en tout cas beaucoup plus en rapport avec la chéloïde considérée comme une maladie de tissu, qu'en faveur d'un agent parasitaire hypothétique.

Posée de cette façon, la question des chéloïdes, on le conçoit, prend tout de suite une envergure et un intérêt beaucoup plus grands et elle ne pouvait manquer d'annoncer une séance fructueuse et intéressante. Un certain nombre de faits cliniques ne tardèrent pas à démontrer toute la complexité du problème.

M. le Prof. Margarot (de Montpellier) relata l'observation d'une jeune fille chez laquelle une opération électrolytique détermina l'apparition de chéloïdes en collier de barbe, la malade présentant des signes de Basedowisme et son père étant porteur d'une chéloïde de la poitrine. MM. Gaté et Coste (de Lyon) rapportèrent une observation presque analogue : un père et une fille présentant tous deux, l'un une chéloïde spontanée, l'autre une chéloïde greffée sur une cicatrice de brûlures. La parenté directe existant entre les deux malades paraît s'inscrire en faveur du terrain dans la pathogénie des chéloïdes. M. le Prof. Naegeli (de Berne) a trouvé dans la région bernoise un pourcentage extrêmement élevé de chéloïdes ; la courbe de fréquence, suivant l'âge, lui paraît atteindre son maximum vers 20 ans pour diminuer et devenir très basse chez le vieillard ; il arrive au pourcentage extrêmement important de 6,5 o/o de chéloïdes sur 107 enfants examinés entre o et 15 ans et au chiffre de 11,3 o/o sur 423 adultes examinés à partir de 16 ans ; ces chiffres s'élèvent encore considérablement si l'on fait la statistique des enfants vaccinés où l'on arrive à 24 o/o entre o et 15 ans et à 29,8 o/o pour les adultes à partir de 16 ans ; la vaccine serait donc une cause particulièrement efficiente des chéloïdes. Ces chiffres n'ont pas été sans surprendre l'assistance et ont provoqué une discussion dont la conclusion est qu'une enquête semblable à celle qu'a faite M. Naegeli à Berne doit être poursuivie dans la région parisienne.

M. Pignot (de Paris), puis MM. Montlaur et Bagot (de Paris) ont montré la complexité du problème tel que l'avait souligné au début M. Pautrier. M. Pignot donne l'observation d'une femme chez laquelle

apparut une cicatrice consécutive à un furoncle puis à un traumatisme, alors qu'une cicatrice opératoire ne devenait pas chéloïdienne. Le cas de MM. Montlaur et Bagot est presque superposable, puisqu'il s'agit d'une chéloïde thoracique post-acnéïque récidivant après ablation alors que la cicatrice d'une appendicectomie reste souple et non chéloïdienne chez la même malade. MM. Hudelo et Rabut (de Paris) concluent de leur côté, à propos de la chéloïde post-acnéïque, que la chéloïde relève de l'association d'une cause locale et d'une cause générale sans que nous possédions de précisions certaines ni sur l'une ni sur l'autre.

La question des tatouages et des chéloïdes a été soulevée sous deux aspects tout à fait différents par M. Lacassagne (de Lyon) et par M. Lespinne (de Bruxelles). MM. Lacassagne et Rousset (de Lyon), considèrent comme erronée l'opinion classique que les chéloïdes sont des complications fréquentes des tatouages ; ils citent à l'appui de leur façon de voir l'exemple d'une malade qui fait de multiples chéloïdes après tout traumatisme, mais chez qui l'introduction dans le derme de matières colorantes n'était pas suivie de cicatrices en relief. M. Lespinne (de Bruxelles), qui vient de faire récemment un voyage au Congo Belge et qui avait été prévenu du sujet choisi pour la Séance Spéciale de la Réunion Dermatologique de Strasbourg, n'a pas manqué, au cours de son voyage, de s'intéresser à la question des tatouages et des chéloïdes chez les Nègres du Congo ; il trouve une ressemblance et même une parenté entre les tatouages en relief et les chéloïdes, mais cependant un point les différencie : le tatouage résulte d'une pratique purement externe dont l'effet est dosé par l'opérateur, tandis que la formation de la chéloïde nécessite l'adjonction d'un facteur interne personnel. Une discussion intéressante s'engage à ce sujet. M. Clément Simon (de Paris) fait remarquer que les Noirs peuvent produire non seulement des tatouages fibreux, saillants, mais aussi des tatouages en dépression et qu'ils paraissent donc pouvoir aboutir à volonté soit à l'hypertrophie, soit à l'atrophie du tissu conjonctif. M. Pautrier rappelle que les Noirs sont, en général, complètement indemnes de tuberculose et que lorsqu'ils en sont atteints, faute de cette vaccination préventive atavique qui existe plus ou moins chez la race blanche, ils font des tuberculoses massives caséeuses mortelles en quelques semaines. On peut donc considérer comme démontré que les Noirs qui font si fréquemment des chéloïdes sont d'autre part absolument indemnes de tuberculose, et l'argument valait d'être signalé.

L'anatomie pathologique des chéloïdes exposée par MM. Pautrier et Woringer représenta certainement la partie la plus intéressante de cette séance. Contrairement à ce qui est en effet admis d'une façon générale, les chéloïdes vraies (qui à ce point de vue se distinguent totalement de l'acné chéloïdienne) ne présentent aucune analogie avec un fibrome ; alors qu'on se borne en général à dire qu'il s'agit d'un tissu

fibreux, scléreux et même hyalin, on se trouve au contraire en présence d'un tissu très délicat et qui paraît rester indéfiniment dans ce même état jusque dans de vieilles chéloïdes stationnaires depuis plusieurs années. Les caractéristiques de ce tissu chéloïdien sont au nombre de trois :

1° La trame collagène est extrêmement fine et constituée par des fibres grêles souvent déchiquetées et dissociées, imbibées diffusément par de la sérosité. Ces fibrilles de collagène sont orientées en tous sens ou parfois groupées d'une façon plus ou moins déterminée ; le tissu élastique fait bien entendu complètement défaut, fait connu depuis longtemps. Il est impossible par l'argentation de déceler du précollagène ou « Gitterfasern ».

2° Cette trame collagène est habitée par des cellules en très grande abondance, parmi lesquelles prédominent de beaucoup les fibrocytes qui s'étalent avec leurs pointes d'accroissement, comme dans un tissu conjonctif embryonnaire ; on trouve également de nombreux mastocytes.

3° Ce tissu collagène délicat, abondamment habité par des fibrocytes et des mastocytes, présente encore une vascularisation extrêmement intense, sous forme d'un réseau de minuscules capillaires réduits à un simple revêtement endothélial, et ne pouvant contenir que 1 ou 2 globules rouges.

Loin de se présenter comme une tumeur fibreuse, la chéloïde vraie présente donc l'image d'un tissu conjonctif embryonnaire qui pourrait être particulièrement apte à l'étude des substances interstitielles du tissu conjonctif. M. Watrin (de Nancy) qui a également étudié l'histologie des chéloïdes a été frappé, de son côté, par la nature conjonctive jeune du tissu chéloïdien et sa riche vascularisation.

L'Étiologie et la pathogénie des chéloïdes font l'objet d'un certain nombre d'intéressantes remarques de la part de M. le Prof. Herxheimer (de Francfort) qui pense qu'il existe une prédisposition de nature inconnue, souvent familiale, peut-être due à un trouble du métabolisme calcique, et de M. le Prof. Rost (de Fribourg-en-Brisgau) qui croi taussi à une prédisposition personnelle et à une prédisposition régionale ; il fait remarquer à ce propos qu'il n'a jamais vu de chéloïdes du cuir chevelu chez les étudiants allemands à la suite des combats à la rapière si fréquents entre eux. MM. Lortat-Jacob, Fernet et Solente (de Paris) concluent que la chéloïde résulte du fléchissement local de l'action antagoniste de l'épiderme envers la prolifération du derme ; déclenché par des troubles parfois minimes un tel fléchissement, même une fois apparu, tend à s'exagérer, car le développement même de la chéloïde retentit sur l'épiderme qui la recouvre ; puis l'équilibre se rétablit et la chéloïde devenue stationnaire demeure la trace de son ancienne rupture.

L'hypothèse microbienne ou parasitaire a été envisagée, ne serait-ce qu'à titre de contrôle par M. le Prof. Naegeli, MM. Watrin et Drouet et MM. Pautrier et Glasser ; tous n'ont obtenu, par l'inoculation de

tissu chéloïdien broyé à des cobayes et des lapins que des résultats négatifs.

Le côté histochimique de la pathogénie des chéloïdes paraît beaucoup plus intéressant ; il a été abordé par M. Pautrier avec ses collaborateurs Zorn et Woringer. Pautrier et Zorn ont trouvé dans 70 o/o des cas de chéloïdes qu'ils ont étudiés un taux de calcium augmenté dans le sang. Il est absolument nécessaire que le taux de la calcémie soit fait suivant la méthode de Hirth qui est de beaucoup la plus sensible et la plus sûre et dont les variations minimes prennent donc une importance et une valeur réelles. Les résultats en apparence contradictoires et souvent décevants qu'obtiennent dans la recherche de la calcémie différents expérimentateurs tiennent certainement à l'emploi de méthodes trop rapides et infidèles ; avec la méthode de Hirth on peut considérer que le taux normal du calcium du sang est de 0,093 à 0,095 ; tout chiffre supérieur peut être considéré comme traduisant une hypercalcémie. Or, dans leurs cas de chéloïdes, MM. Pautrier et Zorn trouvent très fréquemment des chiffres de 0,105, 0,108, 0,112 et même 0,113 ; d'autre part, par les méthodes de micro-dosage et toujours par la méthode de Hirth, ils ont recherché la teneur en calcium du tissu chéloïdien. Or, cette teneur est régulièrement augmentée dans tous les cas dans une proportion qui va souvent du triple au quadruple et même au quintuple ; il y a donc là un fait important qu'il faut retenir : l'hypercalcémie et l'augmentation constante en calcium chez les chéloïdiens et dans les chéloïdes.

M. le Prof. Leriche souligne ces résultats et trouve un extraordinaire intérêt dans la constatation de Pautrier et Zorn tant au point de vue spécial des chéloïdes qu'à un point de vue très général de physiologie ; on doit admettre en effet aujourd'hui, comme démontré, qu'hypercalcémie signifie hyperparathyroïdisme ; si les chéloïdiens sont des hypercalcémiques, nous sommes obligés de convenir qu'ils ont des parathyroïdes fonctionnant irrégulièrement et le traitement logique de la chéloïde deviendrait donc la parathyroïdectomie unilatérale, soit anatomique, par ablation d'une glande, soit physiologique, par résection de l'artère thyroïdienne inférieure.

M. Leriche rappelle à ce propos les résultats qu'il a obtenus avec Jung, à la suite de la Séance spéciale de la Réunion Dermatologique de Strasbourg de 1929, consacrée aux sclérodermies et qui avait démontré une hypercalcémie chez les sclérodermiques. En pratiquant une résection unilatérale de l'artère thyroïdienne inférieure, il y a eu régression nette de la sclérodermie.

Il y a donc dans la chirurgie de la peau autre chose à faire que des excisions, des autoplasties et des greffes ; il y a une place énorme pour la chirurgie physiologique. Il demande à M. Pautrier de vouloir bien essayer à la première occasion, dans un cas de chéloïdes avec hypercalcémie, l'effet de la réduction chirurgicale de l'hypercalcémie par parathyroïdectomie. Si le résultat était positif, déclare-t-il, nous aurions

fait, grâce à lui, un immense progrès dans la connaissance des cicatrices chéloïdiennes.

MM. Pautrier et Woringer ont recherché par des méthodes histochimiques le calcium dans les tissus chéloïdiens, en particulier par les méthodes de Mac Callum, de Crétin et Grandis et de Manini ; or, alors qu'après l'hypercalcémie et l'augmentation chimique du calcium constaté avec Zorn dans le tissu chéloïdien ils s'attendaient à le voir également augmenté avec ces méthodes histochimiques appliquées aux coupes, ils ont eu au contraire la surprise de voir que ces méthodes décelaient infiniment moins de calcium dans le tissu chéloïdien que dans le derme normal ; on se trouve donc en présence d'une contradiction au premier abord bien surprenante, mais à la réflexion on peut en trouver l'explication. Le dosage chimique du calcium dans le tissu chéloïdien par la méthode de Hirth est certainement le plus fidèle parce que plus brutal et que la méthode employée libère certainement tout le calcium existant. Les méthodes histochimiques, au contraire, appliquées aux coupes sont beaucoup moins fidèles parce que plus douces, pour ne pas détruire le tissu des coupes et ne nous révèlent vraisemblablement que l'ion calcium. Or, il est infiniment vraisemblable que dans la chéloïde le calcium en excès doit se trouver sous une forme différente, probablement à l'état de combinaison protéinique et ce n'est pas là un des moindres intérêts de cette journée que de nous montrer qu'un certain aspect et une certaine structure du tissu conjonctif peuvent correspondre à des combinaisons de calcium différentes.

La thérapeutique ne devait rien apporter de nouveau, mais une utile discussion avec une mise au point des différentes méthodes employées. MM. Lortat-Jacob, Fernet et Jame (de Paris) préconisent la cryothérapie qui leur paraît d'application facile, efficace et qui n'est jamais suivie de complications ; MM. Spillmann et Watrin (de Nancy) l'associent à la radiothérapie avec de bons résultats ; M. le Prof. Herxheimer (de Francfort) est partisan de l'excision suivie d'applications de rayons X ou d'irradiations au radium. MM. Louste, Pignot et Juster (de Paris) vantent les excellents résultats que leur a donnés la méthode de Bourguignon à l'ionisation iodée, mais certainement la communication la plus intéressante et la plus documentée de cette discussion thérapeutique fut présentée par M. Belot (de Paris) qui, avec sa grande expérience, discuta les indications spéciales de la scarification, de l'électrolyse, de l'ionisation, de la cryothérapie, de la radiothérapie et du radium. Les petits éléments chéloïdiens lui paraissent justiciables de l'électrolyse négative ; les cicatrices chéloïdiennes récentes sans infiltration profonde trouvent dans la radiothérapie une excellente thérapeutique, que l'on peut renforcer par des scarifications et des applications d'emplâtres. L'ionisation iodée lui paraît particulièrement indiquée dans les cicatrices chéloïdiennes avec sclérose profonde et adhérences au tissu sous-cutané. Les grandes chéloïdes étendues et douloureuses consécutives à des brû-

lures lui paraissent devoir être traitées par la radiothérapie combinée aux massages avec des corps gras.

L'acné chéloïdienne fut également abordée en fin de séance. M. Pautrier avait eu soin de souligner qu'à son avis elle est totalement différente de la chéloïde vraie et que ce n'est que par un abus de mots que l'on pourrait être tenté de les assimiler. Dans une communication qu'il présente avec M. Woringer sur l'anatomie pathologique et la nature de l'acné chéloïdienne, il confirme et précise les constatations déjà apportées dans la thèse de son élève Gouin, il y a 20 ans, et qui établissent histologiquement une différence totale avec le tissu chéloïdien vrai ; il y a du reste différence également dans les conditions d'évolution. La chéloïde vraie est une hypertrophie conjonctive autonome ; l'acné chéloïdienne est une fibrose tenue en tutelle, commandée par l'infection folliculaire et qui la suit pas à pas. Il est même intéressant de constater que l'importance du tissu fibreux chéloïdien est directement en rapport avec l'importance des folliculites qui l'ont précédé. Dans cet ordre d'idées, M. Pautrier décrit les formes à folliculites fibreuses isolées de l'acné chéloïdienne de la nuque ; si l'élément pustuleux initial est pauvre, il cesse assez rapidement et donne naissance à de petits nodules fibreux de la grosseur d'une tête d'épingle disséminés en plus ou moins grand nombre sur toute l'étendue de la nuque et ne paraissant plus devoir évoluer. A folliculites pauvres correspond donc un tissu fibreux pauvre également.

MM. Margarot et Plagniol (de Montpellier) critiquent à ce propos la dénomination classique d'acné chéloïdienne ; ils préfèrent celle de folliculose hyperplasique de la nuque comprenant elle-même deux variétés : la folliculose hyperplasique papillaire et la folliculose papillaire scléreuse ; ils voient une cause prédisposante spéciale dans la structure très dense du chorion de la nuque.

M. Pignot rappelle enfin les bons résultats que donne dans le traitement de l'acné chéloïdienne l'épilation méthodique et les applications soufrées.

Cette réunion qui traitait d'un sujet paraissant devoir être particulièrement ingrat a été, on le voit, d'un intérêt très grand et, débordant le problème même de la chéloïde, a permis d'envisager la pathologie du tissu conjonctif dermique sous un jour tout nouveau ; elle démontre une fois de plus l'utilité de ces séances à comité de travail restreint, permettant en une journée de faire le point d'une question difficile.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en mai 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Le syndrome paralytique au cours du tabès (Démence tabétique de certains auteurs), par Jasienski. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 5, mai 1931, p. 321.

Deux courants d'opinions s'opposent. Pour les uns, la paralysie générale est à l'origine de la grande majorité, même de la totalité des états déficitaires que l'on rencontre chez les tabétiques ; pour les autres, à côté de l'association tabéto-paralytique, on peut observer des formes tellement atypiques et déroutantes qu'on ne peut songer à la paralysie générale que pour l'écarter. La formule encore communément admise : syphilis + trouble mentaux = paralysie générale, est à rejeter. Il faut faire place à côté de la paralysie générale à des états démentiels qui méritent d'en être distingués par leur expression clinique, leur évolution, leurs lésions anatomiques et les règles thérapeutiques qui leur sont applicables. Claude puis Gougerot ont insisté sur les psychopathies survenant chez les tabétiques, états distincts de la paralysie générale et cédant à un traitement intensif. Ces états relativement fréquents doivent être très connus. J. montre leurs caractères cliniques particuliers, les signes mentaux spéciaux, le syndrome humoral, tous éléments qui parfois ne permettront pas un diagnostic. C'est alors qu'on aura recours au traitement d'épreuve qui donnera un élément de différenciation.

H. Rabeau.

Pigmentation labiale et jugale chez un syphilitique, par Gougerot et Burnier. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 5, mai 1931, p. 348, une fig.

Milian a attiré l'attention sur l'existence des taches mélaniques syphilitiques des muqueuses et sur l'association fréquente au cours de la syphilis tertiaire de leucoplasie et pigmentation buccale. Les auteurs rapportent l'observation d'un cas de pigmentation labiale et jugale chez une femme atteinte de syphilis depuis 8 ans et ne présentant pas de leucoplasie de la muqueuse buccale. H. Rabeau.

Chancres géants, leurs sièges extra-génitaux, leurs difficultés de diagnostic, par P. Blum, J. Bralez et R Archambaud. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 5, mai 1931, p. 350, 2 fig.

Deux observations de chancres géants qui ont été méconnus, car en raison du siège extra-génital on songe à tout sauf à la syphilis. L'un est un chancre géant du pli naso-génien avec adénite suppurée sous-mentale. L'autre, un chancre géant de l'index ressemblant à un panaris végétant largement ouvert. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

A propos de l'article de M. le professeur O. Sciarra, par C. Ninni. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 3, mars 1931, pp. 131-133.

L'auteur rectifie certaines interprétations et affirmations de O. Sciarra concèrnant principalement les réactions employant le phénol ou le phénol-alcool à la place des antigènes lipoïdiques dans la réaction de Bordet-Wassermann, et montre que la réaction de Sciarra n'a aucun rapport avec elles, puisque la présence de l'alcool est facultative et que c'est le phénol qui se comporte comme un antigène lipoïdique.

A. Bocage.

L'infection cutanée, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 3, mars 1931, pp. 134-150.

C'est le texte d'une leçon faite à la Faculté en juin 1930. La partie clinique énumère quelques types particulièrement caractéristiques d'infections cutanées en insistant sur leur origine : infections d'origine externe comme les épidermophyties et infections d'origine interne comme le pityriasis rosé de Gibert.

Le paragraphe sur la furonculose montre clairement comment, à l'ensemencement par la surface de la peau, peut faire suite la dissémination de l'infection par voie sanguine.

Pour le traitement des infections superficielles, l'auteur insiste longuement sur le nettoyage (lavage, savonnage, détersion soigneuse de la surface malade), les pansements humides très faiblement antiseptiques, pendant 2 à 4 jours au plus, uniquement employés contre l'inflammation aiguë ; il déconseille les pommades presque toujours imperméables, et préfère les solutions alcooliques d'antiseptiques, iode, violet et vert de méthyle, camphre, la solution aqueuse de nitrate d'argent.

L'infection profonde des follicules nécessite l'épilation.

Dans les infections cutanées d'origine sanguine, le traitement interne est indispensable, iode intraveineux dans le kérion, acide phosphorique par la bouche ou un produit en contenant tel que le galyl intraveineux dans les staphylococcies, novarsénobenzol dans la maladie de Dühring (résultats excellents par un traitement très prolongé ; malgré les exacer-

bations biotropiques fréquentes et impressionnantes à la suite des premières injections).

A noter parfois l'effet biotropique des traitements externes (gonflement local, fièvre, adénopathie streptococcique, après application de pommade jaune sur un impétigo).

La vaccinothérapie est utile pour stimuler la formation d'anticorps lorsque la quantité de microbes de la maladie est insuffisante pour la provoquer spontanément (chancrelle). Au contraire, dans une septicémie, interdire les vaccins, mais utiliser les sérums.

Enfin, on emploiera l'hétérothérapie qui, traitant une infection antérieure (syphilis, rhumatisme, paludisme), guérit parfois une dermatose rebelle d'autre origine et l'opothérapie qui modifie le terrain tissulaire.

A. Bocage.

L'odeur d'éther de l'arsénobenzol, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 3, mars 1931, p. 151

Cette odeur, à la fois perçue par le malade et son entourage, vient du médicament et paraît liée à son mode de fabrication, car certaines marques sont totalement inodores. A. Bocage.

Contracture de la cuisse par périostite secondaire de la tubérosité interne du tibia droit, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, n° 3, mars 1931, pp. 152-153.

Un sujet de 23 ans, en pleine syphilis secondaire, ne peut étendre sa jambe sur sa cuisse et présente un point douloureux sur la tubérosité interne du tibia. En moins d'un mois elle cède au traitement antisyphilitique. Il est probable que certaines contractures bicipitales, qualifiées pithiatiques, relèvent par un mécanisme analogue de périostite de la tubérosité radiale. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin sur la dermato-vénéréologie. XXIV. La gale du chat et la gale du chien sont-elles transmissibles à l'homme, par Cl. Simon. *Bulletin Médical*, 45e année, no 20, 16 mai 1931.

S. rappelle les études de Thibierge sur la gale des animaux. La lésion élémentaire de la gale du chat est la séro-papule urticarienne, elle siège sur les régions au contact de l'animal. Elle est due à un sarcopte, *Notœdus cati*. Elle a tendance spontanée à la guérison. La gale du chien se manifeste de la même façon.

Il signale un petit livre écrit par Leblois d'Alfort : « Documents pour servir à l'édification d'une dermatologie animale », où on trouvera une série de conseils pour dépister la gale des animaux, et la traiter.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

A propos de la spécificité en thérapeutique. Le mode d'action des médications antisyphilitiques, par A. Sézary. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, n° 16, 18 mai 1931, p. 734.

Les médications dites spécifiques agissent souvent dans plusieurs maladies de nature fort différente. Aucune médication antisyphilitique n'est absolument spécifique. Les novarsénobenzènes ont été utilisés avec succès dans la maladie de Duhring, le lupus érythémateux, les tuberculides, le zona, l'asthme, le rhumatisme blennorragique, l'érysipèle, la septicémie puerpérale... Les médications antisyphilitiques ne sont pas tréponémicides *in vitro*, elles ne le sont pas *in vivo* avant que l'organisme n'ait commencé une réaction de défense. Il semble donc que les médications n'agissent qu'en fonction ou à la faveur des réactions que les parasites provoquent dans l'organisme. Certaines médications sont plus ou moins actives suivant les stades de la maladie. L'iodure est plus actif dans la syphilis tertiaire que dans la syphilis secondaire. Dans la localisation cérébrale parenchymateuse qu'est la paralysie générale, le mercure, l'arsenic, le bismuth sont impuissants, alors que la malariathérapie et le stovarsol ont une action nette, action beaucoup moins grande en dehors de la neuro-syphilis.

Cette hypothèse donne une explication satisfaisante des cas d'arséno ou de bismutho-résistance, où il semble que vis-à-vis du tréponème, la réaction soit atypique et non influençable de ce fait par ces médications.

Les médications sont spécifiques non vis-à-vis des germes pathogènes mais vis-à-vis des réactions de l'organisme à l'égard de ces germes.

H. Rabeau.

Purpura rhumatoïde anaphylactique à poussées subintrantes provoquées par l'effort musculaire, par Sézary, Horowitz et Riboni. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, n° 16, 18 mai 1931, p. 760.

Le facteur étiologique que constitue l'effort musculaire, disent les auteurs, a pris toute sa valeur du jour où l'on a su que certains cas d'urticaire d'origine anaphylactique étaient aussi déclenchés par l'exercice physique. Ils rapportent l'observation d'un homme de 30 ans atteint de purpura rhumatoïde. Les poussées sont déclenchées par une marche, même courte, et non par l'orthostalisme. On note des éléments papuleux ortiés prurigineux associés aux pétéchies. Aucune anaphylaxie alimentaire n'a pu être décelée, mais des substances protéiques, l'hyposulfite de soude, peuvent déclencher des poussées. Ce purpura apparaît bien de nature anaphylactique, peut-être sa cause première réside-t-elle dans la syphilis, ses séro-réactions sont fortement positives. Les traitement d'abord lents : injections de doses fortes d'hémostyl, d'hypo-

sulfite de soude, de novarsénobenzol, échouèrent. Une protéine extraite des urines suivant la méthode d'Oriel et Barber ne donna aucun résultat. Un traitement consistant en injections sous-cutanées de peptone associé à l'hyposulfite de soude intraveineux a amené la guérison de ce purpura depuis 2 mois.

Flandin rappelle qu'il a publié en 1913 l'histoire du syndrome urticaire-purpura provoqué par l'effort, chez une malade ayant eu une angine non diphtérique mais ayant reçu une injection préventive de sérum antidiphtérique. Il la désensibilisa par le sérum antidiphtérique.

R. Debré a publié un cas de maladie sérique à forme de purpura rhumatoïde.

Apert a observé sur lui-même des manifestations de même type à la suite d'immobilisation prolongée. H. Rabeau.

Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépato-mégalies, par Creyx. *Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 16, 18 mai 1931, p. 780.

Observation d'une malade présentant les principaux signes cliniques de la cirrhose hypertrophique de Hanot et Gilbert. On est tenté d'invoquer l'éthylisme. Une réaction de Bordet-Wassermann nettement positive, malgré l'absence d'antécédents et de signes de spécificité, implique un traitement d'épreuve. Après 20 injections intraveineuses de cyanure d'éthyle, l'état de la malade est considérablement modifié : foie diminué, hémorragies insignifiantes, augmentation de poids. Le tréponème avait donc une action importante dans le déterminisme de cette hépatite.

H. Rabeau.

Comptes Rendus de la Société de Biologie (Paris).

Le bacille de la lèpre a-t-il été obtenu en cultures artificielles? par E. Marchoux, J. Markianos et V. Chorine. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, no 13, 1er mai 1931, pp. 1191-1193.

Reprenant avec le bacille de la lèpre du rat, dont on peut vérifier la vitalité par l'inoculation, les essais de culture de Shiga et de William Werry, les auteurs n'ont pu obtenir un seul résultat positif : il y a conservation et parfois concentration des bacilles apportés dans certains points du milieu de culture, mais il n'y a pas multiplication des germes qui succombent tous au bout de quelque temps malgré leur très grand nombre qui a pu faire croire à leur développement.

A. Bocage.

Essais de culture du bacille de Hansen du sang et des lépromes, par A. Vaudremer, A. Sézary et Mlle C. Brun. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, no 13, 1er mai 1931, pp. 1225-1228.

S'inspirant de la technique employée pour le bacille de Koch, les auteurs ensemencèrent leur matériel sur du filtrat de culture d'*aspergil-*

lus fumigatus. Il y apparut un mycélium cyanophile porteur de granules acido-résistants, qui fut retrouvé dans des repiquages successifs sur le même milieu. Certaines de ces cultures donnèrent naissance à des granulations analogues comme forme au méningocoque, prenant le Gram et à des bacilles acido-résistants sur des milieux particuliers. Les formes cyanophiles étaient agglutinables par le sérum des lépreux. Le bacille lui-même paraît pouvoir se conserver longtemps dans le liquide d'*aspergillus fumigatus.* A. Bocage.

Contribution à l'étude de l'allergie non spécifique, par P Bordet. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, nº 13, 1er mai 1931, pp. 1251-1254.

Les cobayes inoculés dans le péritoine de B. C. G. sont tués rapidement si deux ou trois semaines plus tard on leur inocule dans le péritoine une émulsion de coli-bacilles ; mais une injection de bouillon faite la veille suffit à les protéger. L'inoculation sous-cutanée de coli détermine dans les mêmes conditions une lésion nécrotique comparable au chancre tuberculeux classique ; il en est de même chez les cobayes tuberculisés. L'auteur rapproche ces faits du phénomène de Sanarelli et de celui de Schwartzman. Il estime que ces réactions organiques traduisent un effort défensif qui tend à entraver la résorption de produits nocifs inoculés en les immobilisant sur place, ce qui peut aboutir à une nécrose du territoire injecté. A. Bocage.

Sur le mécanisme des réactions allergiques du derme à la tuberculine, par A. Boquet. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVI, nº 15, 18 mai 1931, pp. 109-112.

L'auteur estime qu'elles relèvent d'un mécanisme analogue à celui des réactions inflammatoires : certaines cellules du derme s'altèrent sous l'influence de la tuberculine et libèrent des substances peu diffusibles, déterminant une vaso-dilatation locale. L'œdème des couches profondes du derme comprime les capillaires superficiels donnant naissance à la tache livide centrale et favorisant la nécrose. Dans cette conception l'hypersensibilité à la tuberculine serait surtout d'origine cellulaire et résulterait non de la libération d'un poison issu de cet antigène, mais de métabolites dérivés des cellules altérées dans leur structure et leur fonctionnement ; elle rentre ainsi dans le cadre des réactions urticariennes et inflammatoires banales.

A. Bocage.

Sur la syphilis apparente de la souris, par A. Bessemans et De Potter. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVII, nº 16, 22 mai 1931, pp 279-282.

Cette note complète une publication antérieure et donne tous les détails techniques concernant un cas exceptionnel d'inoculation positive de syphilis à la souris blanche avec transmission à une deuxième souris blanche. Le virus syphilitique peut se retrouver après trois mois chez cet animal, malgré l'absence de manifestations cliniques.

A. Bocage.

Journal d'Urologie (Paris).

Les succédanés de permanganate de potasse dans le traitement local de la blennorragie, par Jules Janet. *Journal d'Urologie*, t. XXXI, n° 5, mai 1931.

Dans cette conférence faite à la Clinique des Voies urinaires de l'hôpital Necker, J. expose « les petits trucs » qui lui permettent de mener à bien le traitement de la blennorragie : traitement abortif par l'argyrol à 20 o/o ; si l'abortif rate au cours du traitement et que les gonocoques sont nombreux, lavages au permanganate suivis d'injection d'argyrol, s'ils sont peu nombreux et la sécrétion peu abondante, introduction dans le bulbe après l'injection de crayon à l'argyrol à 1 o/o.

Si l'abortif rate en période d'observation et qu'on arrive au début de la reprise des gonocoques, on reprend le traitement abortif ; plus tard on abandonne l'argyrol et reprend le permanganate.

Dans la blennorragie normale, l'association permanganate-oxycyanure éclaircit rapidement les urines troubles persistantes.

Dans la blennorragie traînante, remplacer le permanganate par l'oxycyanure, et si cette substitution ne réussit pas, adjoindre le traitement par crayon à l'argyrol. H. Rabeau.

La syphilis héréditaire tardive de la vessie, par Belmiro Valverde. *Journal d'Urologie*, t. XXXI, n° 5, mai 1931, p. 453.

V. a eu l'occasion d'observer 4 cas de syphilis héréditaire tardive de la vessie. Elle ne peut être reconnue que par la cystoscopie ; la lésion typique est l'ulcération de la muqueuse vésicale. Ces ulcérations obéissent très rapidement au traitement spécifique, mercure ou bismuth.

H. Rabeau.

Presse Médicale (Paris).

La désensibilisation par les eaux minérales, par Lœper et Mougeot (de Royat). *Presse Médicale*, 39e année, n° 41, 23 mai 1931, p. 753.

Le pouvoir désensibilisant des eaux minérales a été mis en évidence par Billard en 1913, et par une série de beaux travaux, seul ou avec ses collaborateurs, Ferreyrolles et Mougeot ; dans deux ordres d'expériences, il a montré l'action neutralisante de l'eau sur l'antigène et l'action indirecte de l'eau sur l'organisme de l'animal. Les eaux efficaces en matière de désensibilisation expérimentale sont toutes riches en *cathions polyvalents*. La théorie de Billard est à la fois cellulaire et humorale ; elle admet à la fois la combinaison des lipides de l'antigène avec les cathions de l'eau minérale et leur neutralisation ; elle admet encore la combinaison des lipides cellulaires avec les cathions et la formation d'une barrière infranchissable à l'antigène. — Les auteurs citent les expériences faites avec divers types d'eau minérale, et leurs applications cliniques : pouvoir désensibilisant général et aussi local.

H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

La syphilis du cerveau et l'endartérite des petits vaisseaux (de Nissl et Alzheimer) ; les difficultés de diagnostic, par C. I. Urechia. *Revue Neurologique*, 38e année, t. I, no 5, mai 1931, pp. 642-649, 6 fig.

Mise au point de cette question.

Cliniquement, il s'agit d'un syndrome plus ou moins voisin de la paralysie générale progressive, avec réaction du liquide rachidien souvent négative ; évolution en deux à dix ans pouvant relever de syphilis acquise ou héréditaire.

Anatomiquement, prolifération intense des endothéliums et de l'adventice des capillaires cérébraux avec peu de fibres élastiques et pas de dégénérescence graisseuse ou hyaline s'il n'y a pas d'artério-sclérose associée ; pas d'infiltrats péri-vasculaires. La pie-mère peut être atteinte, épaissie, sclérosée, faiblement infiltrée de lympho- et plasmocytes.

Pas de parallélisme entre l'intensité des lésions vasculaires et parenchymateuses : cellules altérées au voisinage des vaisseaux, hypertrophie névroglique, surtout dans l'écorce cérébrale.

Un cas personnel est rapporté en détails : l'autopsie montra la coexistence d'endartérite des petits vaisseaux et de gommes péri-vasculaires ; cliniquement, syphilitique ancien peu traité, alcoolique, présentant des symptômes cérébelleux, signes pyramidaux, parésies, paresthésies, déficit intellectuel insignifiant ; ponction lombaire négative.

A. Bocage.

Archives de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier.

Curiethérapie des épithéliomas cutanés du nez. Résultats obtenus depuis 1924, au Centre anticancéreux de Montpellier. *Bulletin de la Société des Sciences médicales et biologiques de Montpellier*, 15 mai 1931.

Sur les 27 cas d'épithélioma du nez irradiés par les auteurs, la cicatrisation a été obtenue chez 22. On a utilisé des doses moyennes avec un temps d'application assez prolongé. La radium-puncture a paru donner des résultats plus rapides et plus durables que les applications en surface.

La statistique des cas de guérison des tumeurs montre que leur radiosensibilité n'est pas liée à leur nature histologique.

Spino-cellulaires	traités 11	guéris 8
Baso-cellulaires	» 8	» 6
Métatypiques mixtes.......	» 8	» 8

Paul Vigne.

Marseille Médical.

Le diagnostic des champignons des teignes d'après leurs cultures, par L. Grigorakis. *Marseille Médical*, 25 mars 1931, p. 408.

L'auteur propose comme seule base de classification des parasites des teignes, l'étude de leurs organes reproducteurs et suivant que ceux-ci se présentent sous forme d'aleuries, de chlamydospores, de fuseaux pluriseptés ou d'arthrospores, les champignons forment les groupes des aleurosporia, des chlamydo-aleurosporia, des clostero-aleurosporia ou des arthrosporia.

Pour l'auteur, ces appellations nouvelles devraient remplacer les termes classiques de microsporon, trichophyton, achorion. Ces derniers sont pourtant particulièrement commodes, car ils correspondent dans notre esprit à des tableaux cliniques bien différenciés. La nouvelle classification de G. semble devoir pour l'instant ne pas sortir du cadre de la botanique pure. PAUL VIGNE.

Un cas de lèpre atypique avec prédominance des lésions cutanées, par TOULLEC et RIOU. *Marseille Médical*, 25 mars 1931, p. 414.

Sénégalais présentant sur le visage une tache hyperchromique, infiltrée, hypoesthésique et dans les sillons naso-géniens un semis de petites papules, pour la plupart folliculaires. Sur tout le corps, éruption ichtyosiforme prédominant aux faces d'extension des membres, dos et abdomen. Cette ichtyose est apparue en même temps que les autres symptômes de Hansen. La biopsie de plusieurs points de ces placards ichtyosiformes a montré une richesse surprenante en bacilles.

PAUL VIGNE.

Journal de Médecine de Lyon.

Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale, par J. NICOLAS, FAVRE, MASSIA et LEBEUF. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931, p. 303.

La nature syphilitique de ces syndromes, admise par Fournier, est actuellement contestée. Les recherches de Frei et Koppel, Jersild, paraissent démontrer que la plupart des cas de soi-disant syphilome anorectal doivent être rattachés à la lymphogranulomatose inguinale.

Dans deux cas observés par Nicolas et ses élèves, la positivité des intradermo-réactions à l'antigène de Frei et les constatations histologiques ont montré la véracité de cette étiologie.

JEAN LACASSAGNE.

Angiomes cutanés et hépatites scléreuses, par FAVRE et Romand MONNIER. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931, p. 309.

Les auteurs rapportent 4 observations de formations angiomateuses en relation avec des hépatites scléreuses. Les angiomes observés ont été tantôt des angiomes maculeux circonscrits ou étendus, tantôt des angiomes stellaires, en araignée. L'observation des malades atteints d'hépatites scléreuses et sans doute d'autres lésions du foie, doit montrer que bien d'autres types d'altérations capillaires peuvent être observés.

JEAN LACASSAGNE.

A propos de la vulvo-vaginite gonococcique infantile. Considérations étiologiques, cliniques et thérapeuthiques, par Jean Gaté et P.-J. Michel. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931, p. 313.

Ayant eu l'occasion d'observer dans leur Service hospitalier de nombreux cas de vulvo-vaginites infantiles, les auteurs résument les observations faites par eux sur ce sujet, notamment en ce qui concerne les complications articulaires et péritonéales.

Jean Lacassagne.

Considérations sur les dyskératoses dites précancéreuses, par Massia et Rousset. *Journal de Médecine de Lyon*, n° 273, 20 mai 1931, p. 323.

Pour M. et R., les dyskératoses de Paget et de Bowen sont d'emblée des cancers cutanés à évolution très lente à la fois superficielle et profonde. Jean Lacassagne.

Lyon Médical.

Deux cas de maladie d'Addison. Calcification et caséification des capsules surrénales, par Pallasse, Guichard et Chapuis. *Lyon Médical*, n° 16, 63e année, t. CXLVII, 19 avril 1931, p. 519.

Dans une de ces observations, les auteurs discutent l'étiologie syphilitique possible. Jean Lacassagne.

Lésions du système nerveux central dans le zona, par M. Favre et J. Dechaume. *Lyon Médical*, n° 17, 53e année, t. CXLVII, 26 avril 1931, p. 553.

Les auteurs rapportent deux observations dans lesquelles l'examen histopathologique a révélé des lésions non seulement ganglionnaires mais spinales et des altérations du tronc cérébral et des noyaux gris de la base. Jean Lacassagne.

Archiv für Dermatologie und Syphilis (Berlin).

Sur l'étiologie du livedo racemosa (Zur Ætiologie der Livedo racemosa), par H. Haber. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 1, 2 fig.

Observation et examen histologique d'un cas presque unique (une courte publication d'un cas analogue par Feldmann) de *livedo racemosa* typique avec douleurs chez un jeune homme de 20 ans. Le *livedo* débuta à l'âge de 16 ans à la suite d'un accident : en patinant, la glace se rompit et le sujet tomba à l'eau. Il resta toute la journée dehors, gardant ses vêtements mouillés. Un an après, il entra dans une usine où il travailla beaucoup avec de l'eau froide et 12 mois après apparut le *livedo*.

L'histologie montra à la limite du derme et de l'hypoderme un grand vaisseau avec une *endarterite obliterante*, un infiltrat dense de la paroi vasculaire, quelques plasmocytes et mastzellen.

L'auteur, ayant pu exclure la syphilis, la tuberculose, l'endocardite, l'alcool et le tabac comme facteurs étiologiques, rattache les lésions au traumatisme par le froid. Il croit probable que la névrose vasculaire produite par les irritants pathologiques puisse provoquer des lésions fonctionnelles graves allant jusqu'à l'oblitération des lumières vasculaires par l'inflammation. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la concentration des ions hydrogène de la surface cutanée et sa régulation dans les dermatoses (Ueber die Wasserstoffionenkoncentration der Hautoberfläche und ihre Regulation bei Dermatosen), par A. PERUTZ et B. LUSTIG. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 18.

Les auteurs ont recherché la concentration des ions hydrogène de la peau dans différentes dermatoses inflammatoires et non inflammatoires. Ils n'ont pu constater que dans un nombre restreint de cas des modifications du *p*H de la surface cutanée et notamment dans les dermatoses accompagnées de perte de la couche superficielle de l'épiderme ou dans les dermatoses suintantes.

La peau normale est principalement protégée vis-à-vis des acides et on doit attribuer cette protection en premier lieu aux influences physiques et aussi au chimisme de la sécrétion (sueur, glandes sébacées) et aux couches plus profondes de la peau.

Si on enlève la couche superficielle de l'épiderme, le *p*H se reconstitue rapidement. Après application d'acide acétique après ablation de la surface cutanée, cette régénération du *p*H se fait encore plus rapidement pour atteindre la valeur normale.

Les applications d'acétate d'alumine en solution produisent de très faibles variations de la concentration des ions d'hydrogène, elles produisent de cette façon un effet thérapeutique favorable sur certaines lésions cutanées. OLGA ELIASCHEFF.

Les relations des végétations vénériennes avec les épithéliomas de la verge (Beziehungen der spitzen Kondylome zu den Carcinomen des Penis), par A. BUSCHKE et Ludvig LŒWENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 30, 15 fig.

Descriptions cliniques et histologiques des végétations vénériennes (condylomes acuminés) et leur rapport avec les épithéliomes de la verge. D'après les cas publiés et les 2 cas des auteurs, la dégénérescence maligne se produit à la suite d'irritants chimiques, thermiques ou mécaniques. Mais il existe aussi des végétations qui s'imposent cliniquement comme des épithéliomes, et dont l'histologie ne montre pas une structure épithéliomateuse. C'est pourquoi la biopsie s'impose dans tous les cas suspects. Comme traitement, les auteurs préfèrent le curettage dans les cas bénins et l'ablation chirurgicale large dans les épithéliomas. Les rayons de Rœntgen et le radium n'ont pas donné dans ces cas de bons résultats. OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'eczéma mycosique des mains et des pieds et sa pathogénie (Ueber Ekzema mycoticum an Händen und Füssen und seine Pathogenese), par August MATRAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 47.

L'auteur a observé à la clinique de Vienne en été 1929 un très grand nombre de lésions mycosiques (épidermophytie) des mains et des pieds. Ses observations concordent avec celles faites dans les autres pays.

Il y a dans le syndrome des mycoses dyshidrosiformes, si fréquentes dans les dernières années, un grand nombre de manifestations qui n'ont pas encore été suffisamment expliquées : c'est surtout la pathogénie de l'apparition de lésions dyshidrosiformes aux mains à la suite d'une mycose des pieds et la question de l'allergie qui n'est pas résolue.

L'auteur n'admet pas qu'il s'agit dans les lésions dyshidrosiformes ou squameuses des mains qui accompagnent l'épidermophytie des pieds d'une infection par voie hématogène, d'une épidermophytide, car on trouve dans un nombre assez important de cas rarement des champignons dans les lésions des mains et la réaction à la trichophytine est négative. Dans ces cas, l'auteur est d'avis qu'il s'agit d'une infection exogène pour les foyers superficiels. L'épidermophytie des pieds et des mains se manifeste fréquemment par un caractère récidivant saisonnier avec des périodes d'une latence clinique de plusieurs mois. Il faut considérer la dyshidrose lamelleuse sèche comme une épidermophytie certaine. OLGA ELIASCHEFF.

Nouvelle contribution à l'étude de la pathogénie des xanthomes (Weiterer Beitrag zur Pathogenese der Xanthome), par Fritz SCHAAF. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 58.

L'auteur continue ses recherches sur l'étiologie des xanthomes (*Arch. für Derm. u. Syp.*, CLXII, 1930) et il conclut qu'il existe à jeun, après un régime pauvre en graisse un jour avant l'examen, un trouble net dans la composition des graisses neutres, respectivement des graisses acides accompagné d'un trouble du métabolisme de la cholestérine. Mais il est absolument nécessaire, si on veut être renseigné sur les troubles du métabolisme des xanthomateux, de recourir aux épreuves de surcharge. OLGA ELIASCHEFF.

Urticaire sudorale. Recherches physico-chimiques sur la pathogénie des maladies urticariennes (Schwitzurticaria. Physikalisch-chemische Untersuchungen zur Pathogenese urticarieller Erkrankungen), par Alfred MARCHIONINI et Berta OTTENSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 61, 12 fig.

Observation d'un cas d'urticaire chez une jeune fille de 18 ans, urticaire apparaissant après transpiration. L'examen des ions hydrogène dans la sueur montre un processus atypique de la sécrétion de la sueur, c'est-à-dire une tendance plus petite à la diminution de l'acidité. Il existe des différences nettes dans l'équilibre acido-basique à l'examen du métabolisme basal dans le sens d'une acidose sanguine anormale-

ment prolongée et augmentée. Il fut en outre possible de démontrer une sensibilité spéciale de la peau vis-à-vis des acides, le plus prononcée dans la courbe de l'acidité de la sueur des glandes écrines (*p*H 3,o-3,5). L'auteur propose pour cette forme d'urticaire, en raison de son apparition après la transpiration, la dénomination « urticaire-sudorale » (*Schwitzurticaria*). Un bon effet thérapeutique fut obtenu par les alcalis et par l'emploi d'un antihydrotique (*Salvysatum Bürger*).

Olga Eliascheff.

Contributions à une chimie physiologique et pathologique de la peau. VIIe communication. Sur la teneur en azote résiduel de la peau et la teneur en azote de ses fractions dans les dermatoses associées de prurit et dans le psoriasis (Beiträge zu einer physiologischen und pathologischen Chemie der Haut. VIIe Mitteilung. Ueber den Reststickstoffgehalt den Haut sowie den Stickstoffgehalt seiner Fraktionen bei mit zuckreiz vergesellschafteten Dermatosen sowie der Psoriasis), par Erich Urbach. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 74, 2 fig.

Les examens micro-chimiques dans 43 cas de dermatoses prurigineuses et dans 6 cas de psoriasis ont montré très fréquemment à côté de chiffres normaux des dosages du sang des chiffres pathologiques des dosages des tissus. L'auteur a pu constater chez la presque totalité des eczémateux et des urticariens, ensuite dans un grand nombre de cas de prurit et enfin dans la moitié des cas de psoriasis, une augmentation de l'acide urique dans la peau et moins fréquemment aussi dans le sang.

La thérapeutique par l'atophan employé pour obtenir une amélioration clinique et une diminution de la teneur en acide urique n'a pas donné de résultats. Une nourriture pauvre en azote et sans albumines donna le même résultat cliniquement négatif, mais chimiquement on constata un manque d'azote et une auto-digestion des albumines tissulaires. En raison de ces phénomènes, l'auteur conclut que l'augmentation de l'azote résiduel, l'augmentation de l'acide urique et de la créatinine dans la peau et dans le sang sont les suites d'une destruction des albumines par inflammation non spécifique et ils ne sont pas la cause dans les dermatoses examinées. L'hyperuricémie et l'urato-hystéchie ne jouent donc aucun rôle dans ces dermatoses. Il faut en excepter le prurit sénile ; dans ce dernier l'augmentation de l'azote résiduel de la peau constatée dans huit cas sur neuf semble être la cause du prurit. La médication par l'atophan a donné des améliorations symptomatiques et une diminution de la teneur en acide urique de la peau uniquement dans quelques formes bien définies du prurit et prurigo, comme dans la lymphogranulomatose (maladie de Hogdkin), la leucémie, etc. Une nourriture pauvre en albumine n'est indiquée que dans les prurit et prurigo liés à une sensibilisation vis-à-vis des protéines.

Il semble exister dans différentes dermatoses une autolyse intravitale partielle à la suite des processus inflammatoires et cette autolyse est

peut-être la cause du prurit, forme fruste d'une intoxication par l'albumine.

L'auteur signale en outre les bons résultats subjectifs, quoique temporaires, obtenus par la biopsie dans les différentes formes de prurit. L'auteur explique cette diminution du prurit après une intervention sanglante par la présence des albumines d'un caractère chimique des peptones, libérés des cellules détruites qui produiraient une désensibilisation passagère. OLGA ELIASCHEFF.

Contribution à l'étude des dermatomycoses de la Bavière du Sud et à la casualité de la sporotrichose (Beitrag zur Kenntnis der Dermatomykosen Sudbayerns und zur Kasuistik der Sporotrichose), par H. O. MUNSTERER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 97, 4 fig.

Recherches sur la flore mycosique spéciale et les formes des dermatomycoses en Bavière, principalement dans les environs de Munich, et sur leur fréquence, recherches basées sur un matériel de cinq mille dermatomycoses. Les conclusions sont les suivantes :

1° Il existe pour toutes les dermatoses observées dans les environs de Munich avant et aussi après la guerre, de 3 à 4 o/o de mycoses dont 1,5 o/o seulement de trichophyties. Pour les années 1918 à 1921, le nombre des mycoses augmente jusqu'à 22 o/o. Dans l'année scolaire 1929-1930, l'auteur observa 166 cas de mycoses.

2° Les espèces les plus fréquentes furent le *Microsporon Audouini* et le *Trichophyton gypseum*. On ne trouva que des cas isolés des autres espèces. Un trichophyton humain ne fut trouvé que deux fois. Le *Trichophyton cerebriforme*, si fréquent dans le Nord de l'Allemagne, ne fut pas encore cultivé dans le Sud de la Bavière.

3° Le favus est une maladie locale, quoique rare en Bavière, il s'agit presque toujours de l'*Achorion Schœnleini*. On n'observe que rarement les actinomycoses.

4° Dans un cas de mycose d'une durée de neuf ans avec perte des muscles fessiers suivie de mort avec le tableau clinique d'une septicémie et considéré cliniquement comme une sporotrichose, on cultiva un champignon voisin du *Mastigocladium*.

5° D'après ces recherches, on peut déjà reconnaître dans la flore mycosique de Munich quelques particularités régionales, elle ressemble le plus à celle des environs de Giessen et de Tubingen, endroits présentant des relations géographiques et économiques étroites avec la Bavière.

OLGA ELIASCHEFF.

Cylindrome familial. Contribution à l'étude de l'hérédité dominante (Familiäres Cylindrom. Ein Beitrag zur Frage der geschlechtsbegrenzten Vererbung), par Heinrich SCHMIDT-BÄUMLER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 114, 5 fig.

Observations et bibliographie sur les cylindromes familiaux : dans une famille composée de 20 membres examinés par l'auteur se trou-

vèrent 6 femmes atteintes de nodules symétriques multiples et un garçon porteur d'un nodule isolé assez volumineux. L'examen histologique pratiqué chez le garçon et deux de ses sœurs, montra la structure du cylindrome. Vu la ressemblance clinique, les autres tumeurs des membres de la famille doivent être aussi considérées comme des cylindromes.

Il faut considérer la fréquence familiale de ces tumeurs comme une hérédité très probablement dominante.

Il en résulte la possibilité d'une parenté de ces tumeurs avec les épithéliomas de Brooke, lesquelles ressemblent cliniquement aux cylindromes. Ces deux formes rentrent dans le groupe des nævi multiples et symétriques de la face et elles doivent être considérées comme des génodermies. OLGA ELIASCHEFF.

Recherches sur les espèces des champignons des dermatomycoses de la Silésie (Untersuchungen über die Pilzarten der Dermatomykosen Schlesiens), par Stephan EPSTEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 126, 2 fig.

Statistique comparative sur la flore mycosique de la Silésie d'après les recherches de la clinique dermatologique de Breslau pour les années 1918 à 1921 et 1927-1929.

Tandis qu'on trouva pendant l'année 1918 dans presque 90 o/o le trichophyton *cerebriforme*, sa fréquence n'est en 1929 que de 16,2 o/o et à sa place on observa dans les dernières années les trichophytons *rosaceum* et *gypseum*. Le trichophyton *violaceum* fut plus souvent l'agent pathogène de la trichophytie du cuir chevelu des enfants. Ces changements sont encore plus démonstratifs si on note séparément les trichophyties du cuir chevelu, de la barbe et du corps. En 1918, la trichophytie de la barbe comprenait 90 o/o des cas provoqués par le trichophyton *cerebriforme*, mais dès l'année 1921 on observa pour la barbe une fréquence croissante du trichophyton *rosaceum* et en 1929 on constata que plus de 70 o/o des cas furent provoqués par ce champignon.

En 1919, les trichophytons *cerebriforme* et *gypseum* furent constatés à parties égales dans la trichophytie du corps, mais depuis 1921, le trichophyton *cerebriforme* avait disparu et on ne trouva que des champignons du groupe *gypseum*. OLGA ELIASCHEFF.

Renforcement de la formation de pigment par l'adrénaline oxydée (Oméga) (Versträrkung der Pigmentbildung durch oxydiertes Adrenalin (Omega)), par E. MEIROWSKY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p 135, 5 fig.

Bruno Kisch a montré que l'oxydation par l'omega, un produit d'oxydation de l'adrénaline, est capable de renforcer l'oxydation sans produire son effet d'excitation du sympathique. L'omega ne produit ni une augmentation de la tension, ni de la teneur du sang en sucre et ne donne pas la réaction du chlorure de fer. Il possède toutes les qualités d'un excellent catalyseur des processus d'oxydation. L'auteur a recherché

l'influence de l'omega sur le processus de la pigmentation cutanée. Il conclut que l'omega possède le pouvoir d'augmenter la formation de pigment :

1° en agissant très probablement comme catalyseur ;

2° ou en considérant l'omega oxydée comme une prémélanine transformée en vraie mélanine par la lumière et la chaleur. Les recherches très importantes de Lœwenstein parlent en faveur d'une telle hypothèse.

OLGA ELIASCHEFF.

Equilibre acido-basique dans les maladies cutanées et vénériennes (Säurebasengleichgewicht bei Haut-und Geschlechtskranken), par Paul SPANYAR et Lilly FARKAS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 140, 4 fig.

Les auteurs ont recherché sur 210 sujets atteints de maladies vénériennes et cutanées l'acidité du sang et sa réserve alcaline pour déterminer l'équilibre acido-basique dans ces maladies. Ils concluent :

L'équilibre acido-basique est normal dans les maladies vénériennes et dans la tuberculose cutanée.

Dans les maladies avec fièvre, il existe parfois une hypocapnie, éventuellement une hypohydrie imputable à la fièvre.

Dans le psoriasis et le lupus érythémateux, on constate une légère hypocapnie ou aussi une minime hyperhydrie. Toutes ces modifications ne dépassent pas les limites normales. OLGA ELIASCHEFF.

Sur le cours de l'infection par l'achorion gypseum dans la haute montagne. Contribution à l'étude du besoin de l'oxygène des teignes (Ueber den Verlauf der Infektion mit Achorion gypseum im Höhenklima. Ein Beitrag zur Frage des Sauerstoffbedürfnisses der Fadenpilze), par E. KADISCH et A. LŒWY. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 149, 11 fig.

Recherches expérimentales sur le cours de l'infection chez le cobaye par l'achorion *gypseum* dans la haute montagne (Davos).

Les conclusions des auteurs sont les suivantes :

1° Dans le climat de la haute montagne, le cours de l'infection varie de la façon suivante : le temps d'incubation est prolongé, il est de 8 à 10 jours au lieu de 4 jours.

2° L'infection se développe moins fortement, c'est-à-dire l'inflammation, l'extension des lésions, la formation des squames et des croûtes sont moins grandes.

3° On a l'impression de rencontrer dans les coupes histologiques un moins grand nombre de champignons, les derniers étant aussi moins profondément situés.

Les auteurs supposent, en se rapportant aux recherches *in vitro* déjà publiées par K., que la cause de ce phénomène est en rapport avec la diminution de la pression partielle de l'oxygène. Le dermotropisme des teignes dépendrait donc du rapport de l'air libre à la surface cutanée.

Chez un animal transporté le quinzième jour après l'infection de

Davos à Berlin, on constata quelque temps après une récidive annulaire, fait encore jamais observé chez des centaines de cobayes inoculés. Les auteurs expliquent cette récidive par une allergie locale développée pendant le transport.

Il paraît exister, d'après les recherches des auteurs, un parallélisme entre la trichophytie et la tuberculose : la température et l'air exercent une influence sur la localisation des mycoses ainsi que sur les poumons.

La température et l'air peuvent donc aussi jouer un rôle dans la localisation de la tuberculose dans le sens d'un cours plus bénin de cette maladie, comme dans la mycose expérimentale.

OLGA ELIASCHEFF.

L'aspect clinique et histologique de l'acné décalvante (Zur Klinik und Histologie der Folliculitis decalvans), par Franz WEINBERGER. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 158, 2 fig.

Observation d'un cas de folliculite décalvante de Quinquaud chez un homme âgé de 40 ans. La maladie débuta à l'âge de vingt ans sur la tempe droite, gagna le cuir chevelu et la face. A l'âge de 37 ans, cette folliculite gagna la région péri-génitale.

W. admet dans cette maladie une trophonévrose de l'appareil folliculaire, l'infection semble être surajoutée. OLGA ELIASCHEFF.

Troubles du liquide céphalo-rachidien et lésions cliniques nerveuses dans la syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses et leur valeur pour le pronostic et la thérapeutique (Liquor-und klinische Nervenveränderungen bei tertiäier Haut-(Schleimhau) Lues und ihre Beurteilung hinsichtlich Prognose und Therapie), par L. ARZT et H. FUHS. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 164.

Les auteurs continuent leurs recherches sur les lésions du liquide céphalo-rachidien et sur les manifestations cliniques des troubles nerveux dans la syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses et sur l'appréciation de ces lésions au point de vue pronostique et thérapeutique.

D'après leurs nouvelles observations des deux dernières années, sur 100 malades atteints de syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses, les auteurs peuvent confirmer leur conclusion qu'il n'existe aucun antagonisme absolu entre les manifestations syphilitiques tertiaires de la peau et des muqueuses et les lésions du système nerveux central, mais seulement un antagonisme relatif. Ils ont trouvé dans presque 10 o/o de cas de syphilis tertiaire cutanée des symptômes cliniques d'une syphilis nerveuse, chiffre qui correspond à celui donné par Prokoptschuk.

Le rôle très important de l'allergie cutanée dans la syphilis tertiaire de la peau avec un liquide céphalo-rachidien négatif et sans atteinte du système nerveux est démontré par la réaction à la luétine et l'examen du liquide céphalo-rachidien (tableaux portant sur 40, 80 et 180 cas). On constate d'après ces tableaux une diminution de la positivité du liquide en même temps qu'une réaction positive à la luétine.

Les auteurs se contentent de faire disparaître par un traitement modéré les lésions cutanées dans la syphilis gommeuse et même avec une réaction positive du liquide céphalo-rachidien et des symptômes cliniques de lésions nerveuses si les malades présentent une réaction positive à la luétine. L'allergie très prononcée, démontrée par la réaction positive à la luétine, paraît avoir une action immuno-biologique favorable sur les lésions du système nerveux. Mais les auteurs exigent un traitement très énergique dans les cas qui ne réagissent pas à la luétine et qui présentent un liquide céphalo-rachidien pathologique ou des lésions nerveuses. Ils conseillent dans ces cas, s'il n'existe aucune contre-indication, la malariathérapie d'après Wagener-Jauregg.

On pourrait aussi augmenter artificiellement l'allergie cutanée chez les syphilitiques tertiaires qui ne réagissent pas à la luétine et qui présentent soit des lésions nerveuses, soit un liquide céphalo-rachidien positif. Dans ce but on pourrait agir de trois façons :

1° par des injections intradermiques de luétine ;

2° par l'inoculation de tréponèmes virulents dans la peau ;

3° par la transplantation d'un lambeau cutané pris sur des syphilitiques avec gommes et qui présentent une allergie très développée et une forte réaction à la luétine.

(La transmission de l'allergie dans un cas des auteurs à un paralytique anergique a donné un échec.)

Les auteurs continuent leurs recherches sur ces trois modes d'action pour augmenter les conditions d'immunité dans la syphilis tertiaire et sur le traitement qui en résulterait. OLGA ELIASCHEFF.

Sur la technique de la réaction de fixation de complément de Bordet-Gengou dans la blennorragie (Zur Technik der Komplement bindungsreaktion nach Bordet-Gengou bei der Gonorrhöe), par E. M. LEWIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXIII, cah. 1, 1931, p. 177.

L'auteur recommande le milieu de Ficker-Klein pour les cultures de gonocoques. Ces cultures donnent un bon antigène pour la réaction de Bordet-Gengou. Les résultats obtenus par cet antigène concordent avec ceux des auteurs qui ont utilisé d'autres antigènes.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur la concentration des ions hydrogène de l'urèthre de l'homme. Ire communication. Méthode pour déterminer le pH de l'urèthre normal (Ueber die Wasserstoffionenkonzentration der männlichen Harnröhre. Ire Mitteilung. Methodik zur Bestimmung des *p*H der Harnröhre bei normalen Fällën), par Otto KLEIN. *Archiv für Dermatologie und Syphilis*, vol CLIII, cah. 1, 1931, p. 172.

Déterminaison pour la première fois du *p*H de l'urèthre normal de l'homme. Le *p*H d'après la mensuration directe se trouve entre 5,6 et 6,3 et d'après la mensuration indirecte entre 5,2-5,6.

OLGA ELIASCHEFF.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Découverte précoce de spirochètes dans les noyaux d'inoculation scrotale de lapins inoculés avec des ganglions poplités de lapins syphilitiques latents (mémoire préliminaire) Frühzeitiger Spirochätennachweis in skrotalen Impfherden von Kaninchen nach Einimpfung von Poplitealdrüsen latent syphilitischer Kaninchen (vorläufige Mitteilung), par R. Strempel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f 1/2, mai 1931, p. 1, 1 fig.

S. confirme les constatations de Levaditi et de ses collaborateurs. Les spirochètes sont décelables très tôt (12 jours après l'inoculation), et sous leur forme habituelle, tout autour du fragment de ganglion inoculé. Les formes et les altérations constatées par L. se retrouvent seulement dans les prélèvements tardifs (35 jours après inoculation) à côté de nombreux spirochètes normaux. L'absence de ces « ébauches de spirochètes », à cette période précoce, parle contre la conception d'un cycle de développement du spirochète. Le fait que l'on rencontre si fréquemment ces formes après l'apparition et la formation du chancre, s'explique facilement par la réaction organique de défense et par la destruction des spirochètes par les substances élaborées dans l'organisme. Des recherches ultérieures devront montrer s'il n'est pas possible de déceler plus souvent des spirochètes typiques dans les ganglions du lapin syphilitique et dans les prélèvements plus précoces au point d'inoculation. Quelque petit que soit le nombre de spirochètes en spirales, on doit pouvoir les déceler. L. Chatellier.

La réaction d'éclaircissement de Meinicke comparée à la réaction de déviation au sérum frais de Bruck et à la réaction de Wassermann, technique originelle (Die Meinicke-Klärungsreaktion im Vergleich zu der Aktivkomplementbindung nach Bruck und der original Wassermann-Reaktion), par C. Bruck et K. Behrmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 1/2, mai 1931, p. 7.

929 sérums ont été examinés par la réaction de Wassermann (méthode de Kaup), la réaction de floculation de Bruck (centrifugation), la méthode de déviation du complément au sérum frais de Bruck et la réaction d'éclaircissement de Meinicke, 786 concordances (628 réactions négatives, 158 positives) ; 143 divergences. La réaction de Meinicke s'est montrée la plus sensible dans la période primaire et la syphilis latente ; ensuite la réaction de déviation de Bruck. Mais la non-spécificité de la réaction de Meinicke est le double de celle de Bruck (0,8 o/o et 0,4 o/o). Il y a intérêt à contrôler ces deux réactions par la réaction de Wassermann et une autre floculation. L. Chatellier.

Quelques cas d'affections génitales non spécifiques simulant des papules syphilitiques (Ueber einige Fälle unspezifischer Genitalerkrankungen unter dem Bilde Sekundär luetischer Papeln), par Edmund Hoffmann. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 1/2, mai 1931, p. 10.

Observations de femmes enceintes ou non dont les lésions ano-

vulvaires banales prennent un aspect syphiloïde ; une observation concerne une jeune femme atteinte d'ulcères de Lipschütz. H. insiste sur les difficultés et l'importance d'un bon diagnostic.

L. CHATELLIER.

Recherches sur l'anticutine et la procutine dans le sérum de malades atteints de sarcoïdes (Untersuchungen über die sogenannten Antikutine und Procutine im Serum von Sarkoidkranken), par A. KISSMEYER et G. SCHULTZ. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 1/2, mai 1931, p. 18.

K. et S. ont constaté dans 4 cas sur 9 de sarcoïdes de Boeck, une diminution « importante » de la réaction à la tuberculine mélangée au préalable au sérum des malades. Cette diminution se rencontre dans le lupus pernio. Mais cette propriété sérique n'est pas spécifique de la tuberculose. De plus cette particularité du lupus pernio s'explique difficilement, car il ne constitue pas une maladie autonome, mais bien une forme de sarcoïde. L'anticutine existe donc dans le sérum des sarcoïdes, mais sa spécificité n'est pas telle que sa seule constatation suffise à rattacher les sarcoïdes à la tuberculose. Après une série de recherches sur la fréquence de la réaction de Pirquet chez l'adulte, les auteurs pensent qu'on doit reviser la conception de la réaction positive chez l'individu. Les résultats obtenus expliquent les singularités des réactions à la tuberculine chez les malades porteurs de sarcoïdes, singularités difficiles à expliquer par les seules anti- ou procutine.

L. CHATELLIER.

Recherches expérimentales sur la syphilis ganglionnaire du singe (Experimentelle Untersuchungen über die syphilitische Lymphdrüsenerkrankung von Affen), par Panagiotis B. PHOTINOS. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f 1/2, mai 1931, p. 25.

P. inocule à un singe *cercocebus* sous la peau du scrotum, d'un côté un chancre du lapin, de l'autre des papules d'une syphilis secondaire humaine. 22 heures après l'inoculation, extirpation des ganglions inguinaux, qui sont inoculés dans les testicules d'un lapin. En peu de jours, réaction locale ; 8 semaines après l'inoculation, deux chancres typiques et réactions sérologiques positives ; nombreux spirochètes. Les deux chancres sont inoculés à un autre singe. Chez le singe inoculé, les réactions sérologiques (réaction de Wassermann ; réaction d'éclaircissement de Meinicke : macro et micro-réaction) deviennent progressivement positives. Deux singes, inoculés plusieurs mois auparavant et sans manifestations cliniques, ont des réactions sérologiques positives.

Sur un deuxième singe inoculé, prélèvement des ganglions inguinaux 5 heures après l'inoculation ; inoculation intratesticulaire des ganglions à un lapin ; 40 jours après, orchite syphilitique du lapin avec nombreux spirochètes.

L. CHATELLIER.

Contribution à l'étude du granulome télangiectodes (Beitrage zur Frage des Granuloma teleangiectodes), par P. BALOG. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 1/2, mai 1931, p. 31, 2 fig.

Le pseudo-botryomycome est de nature encore discutée. Pour les uns, c'est un granulome inflammatoire riche en vaisseaux, pour les autres, Delbanco en particulier, c'est un angiome véritable, dont l'accroissement se fait par néoformation capillaire primitive. B., ayant examiné en Égypte plusieurs de ces tumeurs, pense que la réaction endothéliale est primitive et que la néoformation de capillaires secondaire n'est pas constante. Les capillaires se forment par élargissement des espaces intercellulaires et non par bourgeonnement des vaisseaux. Le stroma ne prend aucune part active au processus. La prolifération endothéliale est due à une localisation élective de l'inflammation. Le pseudo-botryomycome (ou granulome pédiculé ou télangiectasique), le *verruga peruviana*, l'angiofibrome circonscrit et contagieux de la peau sont des affections inflammatoires de même ordre. Les nids compacts d'infiltration profonde décrits par Da Rocha Lima dans *verruga peruviana* sont formés par la prolifération endothéliale provoquée par des embolies. Il ne s'agit donc pas de tumeur vraie, mais d'une réaction inflammatoire.

L. Chatellier.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Le chlorure de sodium (Das Kochsalz), par O. Kestner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 18, 2 mai 1931, p. 641.

O. rappelle l'importance singulière du chlorure de sodium, universellement recherché par les peuples. Le sel est indispensable au milieu intérieur ; il est excrété par les urines et la sueur. D'où son prix chez les Noirs, qui transpirent beaucoup. Cependant l'élimination du sel est, on le sait, liée au bon fonctionnement rénal. Gerson a insisté sur l'effet du régime sans sel sur les tuberculoses de la peau. Il est remarquable que seule la tuberculose de la peau soit influencée. Quelle explication en donner ? Magnus et ses collaborateurs ont constaté, chez le chien, une accumulation de sel dans la peau. Mais la peau poilue du chien ne ressemble en rien à celle de l'homme et les dosages faits par M. ont porté sur le chlore seul. O. met en garde contre la publicité faite, dans la presse non médicale, au régime sans sel, recommandé et appliqué sans discernement, et non sans inconvénient.

L. Chatellier.

Un cas d'infection vaccinale chez une eczémateuse (Ein Fall von Vakzineinfektion bei einer Ekzemkranken), par H. Sprengel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 18, 2 mai 1931, p. 645, 1 fig.

Après une revue critique des quelques cas publiés, O. rapporte l'observation d'une femme de 42 ans, vaccinée deux fois antérieurement, atteinte d'un eczéma du bras gauche, et qui fut inoculée par son enfant vacciné quelques jours auparavant. Dans ce cas, l'éruption vaccinale est restée limitée à la partie malade. Son évolution fut bénigne ; pas de fiè-

vre. Il n'en va pas toujours de même ; d'où une nécessaire prudence, quand on vaccine dans l'entourage d'un eczémateux.

L. Chatellier.

Constitution à la pathologie de l'intoxication par le thallium (Ein Beitrag zur Pathologie der Thalliumvergiftung), par J. von Vasarhelyi. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXII, nº 18, 2 mai 1931, p. 649, 8 fig.

Si l'on est d'accord sur l'action dépilante et la toxicité de l'acétate de thallium, on ne sait pas exactement par quel mécanisme. Les uns, avec Buschke surtout, incriminent l'action du thallium sur les glandes endocrines ; les autres, l'école italienne en particulier, y voient une action toxique directe sur les poils, les lésions endocriniennes étant secondaires et banales. L'auteur a voulu suivre le développement des altérations du peau devient lisse et mince. Ainsi déglabrés, les animaux peuvent surtout servi de rats blancs, de 3 semaines. Ingestion de thallium à la dose de 0 mgr. 2 par jour. La chute des poils commence du 9ᵉ au 14ᵉ jour et porte sur la tête, le dos, la racine de la queue, le ventre, les flancs et la face. Les poils tactiles persistent. Dès ce moment, on constate une coloration jaunâtre, qui est suivie d'une desquamation lamelleuse, la peau devient lisse et mince. Ainsi déglabré, les animaux peuvent survivre longtemps ; ils prennent du poids ; sauf les troubles sexuels, pas d'altération des organes profonds. Quand on cesse le thallium, les poils recommencent à pousser du 7ᵉ au 9ᵉ jour. La repousse est achevée à 4-6 semaines. Des fragments prélevés à toutes les périodes sont examinés histologiquement.

Au début de la chute, la séparation entre derme et épiderme se fait selon une ligne ondulée, les papilles sont élargies ; on trouve de l'hyperkératose, des micro-abcès sous la couche cornée, de la vacuolisation des cellules épineuses, de l'œdème papillaire, avec dilatation vasculaire et de la stase. Par places, infiltration cellulaire, surtout à polynucléaires. A la longue, disparition partielle, puis totale de la glande sébacée. A la période de déglabration totale, aucune altération épidermique ou dermique ; dans les follicules, pas de tige pileuse ; éosinophilie dans le derme et autour du follicule.

Le thallium se retrouve dans la salive, l'urine, les fèces, les muscles et la peau.

Il y a donc action immédiate sur la peau. Le thallium est, comme d'autres corps, éliminé par les glandes de la peau, d'où résultent une inflammation cutanée et la chute des poils. L. Chatellier.

Accident angioneurotique grave par le spirocid (Schwerer angioneurotischer Anfall nach Spirocid) par F. von Veress. *Dermatologische Wochenschrift*, t. CXII, nº 18, 2 mai 1931, p. 653.

Chez un malade, apparaît à la 2ᵉ série de néosalvarsan, après la 10ᵉ injection, une crise angioneurotique. Six mois plus tard, nouveau traitement par le spirocid, 3 à 4 tablettes de 0,25 par jour pendant

3-4 jours de suite. Au 4ᵉ jour, crise nitritoïde grave, qui dure 3 heures. Cet accident est dû, pour l'auteur, à une irritabilité maladive du système nerveux sympathique. Il convient d'être circonspect dans l'emploi du spirocide ou du stovarsol *per os*.

Le traitement quotidien, sans interruption, n'est pas à conseiller. Il faut ménager un intervalle de repos. L. CHATELLIER.

L'emploi du bismuth comme prophylactique. Expériences complémentaires (Die Anwendung des Witmuts als prophylaktische Konzeption. Ergänzende Experimente), par E. SONNENBERG. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 18, 2 mai 1931, p. 655.

De 1927 à 1930, S. a continué, comme en 1925-1927, l'emploi du bismuth (une injection hebdomadaire) à titre prophylactique chez les prostituées. Aucun chancre, aucun accident sérologique chez 153 prostituées ainsi traitées ; 7 contaminations (5 dans les premières semaines du traitement, 2 dans les 3-4 semaines après la cessation du traitement). Le rôle préventif du bismuth dépend de la dose absorbée et retenue par l'organisme. S. a vérifié, après Levaditi, l'action du bismuth sur les spirochètes, dans la syphilis expérimentale du lapin. Levaditi a insisté aussi sur la valeur préventive expérimentale du bismuth : celle-ci dépend de la quantité de métal retenu dans l'organisme et en particulier le rein. L. CHATELLIER.

Zona généralisé (varicelleux), leucémie lymphatique et arsenic (Zoster generalisatus (varicellosus), Leukæmie lymphatica und Arsen), par A. DOSTROWSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 19, 9 mai 1931, p. 685, 3 fig.

L'association du zona et de la leucémie est rare ; 24 cas ont été réunis par Halle, dont 12 de zona généralisé. D. en publie une observation nouvelle.

Un médecin, atteint de leucémie lymphatique, est traité par la radiothérapie et, presque tous les jours depuis 14 mois, par As en injections ou pilules. Un zona thoracique apparaît, hémorragique et gangréneux ; peu à peu l'éruption zostérienne se généralise sous forme de vésicules tantôt hémorragiques, tantôt purulentes. Examen histologique qui confirme le diagnostic ; dans les urines et le sang, on retrouve As^2O^3. Évolution lente vers la guérison. Le fils du patient contracte la varicelle, pendant la convalescence d'une scarlatine, après un contact quotidien avec son père : 25 jours après le début du zona chez son père, et 17 jours après son entrée à l'hôpital. L. CHATELLIER.

Un cas d'anonychie congénitale totale (Ein Fall von Anonychia totalis congenita), par A. LISTENGARTEN. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 19, 9 mai 1931, p. 691, 3 fig.

L'absence totale d'ongles aux pieds et aux mains est une anomalie bien rare, et toujours congénitale. L. en publie un cas chez un homme de 29 ans, dont tous les ongles sont réduits à une petite masse cornée,

molle, sans lunule et reposant sur un lit onguéal bien dessiné. Au microscope, la lésion ressemble à une hyperkératose, avec légère atrophie du stratum malpighien et augmentation de la kérato-hyaline. Pas d'hérédité dans ce cas. L. Chatellier.

L'étiologie de la dermite des prairies ou des bains (Zur Ætiologie der Wiesenpflanzen-(Bade-) Dermatitis), par A. Philadelphy. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 19, 9 mai 1931, p. 713, 1 fig.

L'étiologie de la dermite des bains n'est pas complètement élucidée. On a incriminé de nombreuses plantes des prairies : la laiche, l'achillée, *Pastinaca sativa*, etc. Oppenheim et Fessler ont attribué à l'acide silicique contenu dans les feuilles des plantes l'action irritante de celles-ci. A Innsbruck, nombreux cas, dont P. retient surtout un cas où les lésions cutanées sont particulièrement intéressantes. D'autre part, la flore des prés qui bordent l'Inn est variée. Mais chez aucun des malades, on n'a pu déterminer une réaction après application des différentes plantes ou de leurs extraits éthérés ou alcooliques. Il apparaît donc que l'on ignore encore la cause qui provoque la dermite. On incrimine en général l'achillée, qui n'est pas, en effet, toujours inoffensive (observation d'une dermite provoquée par l'achillée chez une étudiante). Les recherches de P. sur l'influence de l'humidité, du soleil, de la sueur ou de la souillure des plantes par l'urine, par les fourmis et les limaces sont restées négatives. L. Chatellier.

Sur l'hémolymphangiome de la langue (Ueber das Hematolymphangiom der Zunge), par I. Friedheim. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 19 9 mai 1931, p. 717.

Parmi les lymphangiomes, le lymphangiome de la langue est des plus fréquents. Nombre de macroglossies ne sont que des lymphangiomes. L'hémato-lymphangiome de la langue constitue une identité clinique spéciale : sur la langue, d'un seul côté ou des deux côtés, on voit des vésicules de taille variable, les unes claires et transparentes, les autres rouge foncé. La langue est augmentée de volume d'un côté ou en totalité (macroglossie). Reste à savoir si l'hémato-lymphangiome est une tumeur mixte, sanguine et lymphatique, ou bien un lymphangiome pur, hémorragique par usure des parois vasculaires sanguines. A propos d'un cas étudié longtemps et soumis au contrôle histologique, F. rappelle les diverses théories soutenues : par Wegner, qui fait de l'hémato-lymphangiome un lymphangiome pur, accompagné d'ectasies veineuses secondaires ; par Unna, qui le considère comme un lymphangiome pur, dont les cavités se remplissent de sang par rupture d'un capillaire. F. se range à l'opinion de Unna : l'hémato-lymphangiome est un lymphangiome papillo-cystique. Cette forme est apparemment identique au lymphangiome cystique et doit ses particularités structurales à l'organe où il se développe. L. Chatellier.

Sur l'extension du lymphogranulome inguinal (Zur Verbreitung des Lymphogranuloma inguinale), par F. Bernstein. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 19, 9 mai 1931, p. 731, 2 fig.

3 observations pour prouver que le lymphogranulome inguinal existe en Allemagne occidentale (Düsseldorf). Origine étrangère probable.

L. Chatellier.

Notions fondamentales pour le traitement de la blennorragie cervicale (Grundsätzliches zur Behandlung der Zervixgonorrhoë), par R. Schröder. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 21, 23 mai 1931, p. 757, 3 fig.

Le col utérin, avec sa muqueuse cylindrique et ses glandes à sécrétion muqueuse alcaline, offre au gonocoque un excellent milieu de culture. Or, il existe des métrites cervicales qui guérissent vite, et d'autres où les récidives sont incessantes. S. a examiné 20 cols de métrite rebelle. Les lésions portent sur l'épithélium superficiel, qui se transforme en épithélium cubique stratifié ou pavimenteux et sur les glandes dont une partie de l'épithélium devient également pavimenteux. Autour des culs-de-sac glandulaires, infiltration massive à cellules rondes, à plasmocytes, où le gonocoque est décelable par l'examen histologique ou la culture. Ce fait explique les échecs et parfois le danger du traitement local. L'isthme utérin constitue un obstacle à l'ascension du gonocoque ; la desquamation périodique de la muqueuse du corps et son pouvoir de régénération facilitent la guérison de la muqueuse infectée. Le traitement local de la métrite cervicale brise l'obstacle isthmique, retarde ou empêche la guérison spontanée de l'endomètre en répétant l'inoculation de ce dernier. Mieux vaut donc s'adresser au traitement général par la vaccinothérapie.

L. Chatellier.

Gommes cutanées après la malariathérapie (Hautgummen nach Malariabehandlung), par K. Schreiner. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 21, 23 mai 1931, p. 764.

Les manifestations cutanées au cours du tabès et de la paralysie générale sont peu fréquentes. S. rappelle les rares observations publiées de lésions cutanées après la malariathérapie et y ajoute un cas personnel : un malade bien traité pour un chancre, subit au bout de 2 ans une cure malaria-arsenic pour lésions nerveuses. 3 ans après la malariathérapie, éruption tertiaire du cuir chevelu provoquée par une folliculite, tendance spontanée à la guérison. 3 mois avant l'accident cutané, le malade avait reçu un sérieux traitement mixte As-Bi. Comment expliquer ces réveils et leur rapport avec la malariathérapie ? Trois hypothèses : indépendamment de la malaria, l'allergie cutanée n'est pas éteinte ; les gommes sont provoquées par la malaria par excitation directe ; enfin la peau, d'anergique qu'elle était, devient allergique et réagit à toutes les excitations non spécifiques, comme on le constate dans les périodes de latence tertiaire. Dispositions individuelles et état pathologique individuel interviennent.

L. Chatellier.

Le traitement local de la furonculose par l'ichtyol pur (Die lokale Behandlung der Furonkulose mit reinem Ichtyol), par N. Maschkilleisson. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 21, 23 mai 1931, p. 776.

Après Unna, puis Kissmeyer, M. considère l'ichtyol pur comme le meilleur topique contre la furonculose ; applications quotidiennes qui ramollissent un furoncle en 2-3 jours et arrêtent les furoncles au début.

L. Chatellier.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Un cas généralisé d'acrodermatite continue ou persistante (A case of generalized acrodermatitis continua vel perstans), par Christie et Anderson. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, mai 1931, p. 234, 5 fig.

Description d'un cas d'acrodermatite continue datant de 5 ans. Début consécutif à une plaie sous-unguéale infectée, puis généralisation progressive à tous les doigts et au tronc. L'aspect des lésions était celui d'une pyodermite ; elles étaient limitées par une collerette épidermique décollée. Les cultures montraient la présence de staphylocoques dorés. Des altérations osseuses des phalangettes étaient révélées par la radiographie.

L'étude de ce cas tend à confirmer l'opinion de Barber que l'acrodermatite continue est une pyodermite rebelle due à une variété particulièrement résistante de staphylocoques dorés. S. Fernet.

Bruxelles Médical

L'ulcère phagédénique, essai de traitement chirurgical, par A. Schotte. (Gand). *Bruxelles Médical*, 11e année n° 27, 3 mai 1931, p. 778.

Du fait de la guérison lente et difficile de l'ulcère phagédénique par le traitement externe, S. propose l'intervention chirurgicale, excision large, curettage suivi après un court délai de greffes dermo-épidermiques très minces. La guérison est obtenue rapidement, sans récidives, avec une belle cicatrice, sans rétraction, sans déformation.

H. Rabeau.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia (La Havane).

Quelques considérations sur les blastomycoses (Algunas consideraciones sobre blastomicosis), par José Alfonso. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia*, vol. II, avril 1931, n° 3, p. 129.

Revue générale critique à l'occasion d'un cas de blastomycose.

Le genre blastomycose ne répond à aucun groupe naturel. Un grand nombre de cas décrits sont causés soit par des saccharomyces, soit par des cryptococcus.

Les premiers se caractérisent par la formation d'ascospores et ne prennent jamais la forme filamenteuse. L'auteur en cite huit variétés, mais étudie uniquement le *Saccharomyces subcutaneus tumefaciens* qui, seul, donne lieu à des lésions cutanées.

Les champignons du genre cryptococcus sont dépourvus d'asques, se reproduisent par prolifération ; quelques-uns peuvent prendre la forme filamenteuse. Il renferme environ 23 espèces dont les plus intéressantes sont le *Cryptococcus dermatitis* ou *Gilchristi*, agent de la blastomycose du type Gilchrist, et le *Cryptococcus hominis* qui donne lieu à une des mycoses du type Busse-Buschke.

Il existe d'autres blastomycoses dont les parasites sont mal connus, en particulier celles du type Escomel, longtemps confondues avec certaines leishmanioses américaines.

Enfin, la dermatite coccidioïde, bien que rangée dans le même groupe, est due à un germe, le *coccidioïdes* ou *oïdium immitis*, qui se reproduit par spores. Il diffère beaucoup du *Cryptococcus dermatitis*.

Il est nécessaire, pour consolider nos connaissances sur les blastomycoses, de mettre en évidence des faits nouveaux qui soient de nature à unir davantage ou à séparer définitivement chacune des variétés décrites. Dans ce dernier cas, le terme de blastomycose devrait cesser d'exister. J. MARGAROT.

Etats méningés post-thérapeutiques dans la syphilis récente (Estados meningeos post-terapeuticos en la sifilis recente), par Roberto QUERO. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Syfilografia*, vol II, n° 3, avril 1931, p. 139.

De l'observation de 53 sujets, l'auteur conclut qu'il existe chez certains syphilitiques une réaction méningée indépendante de la période secondaire. Elle se constitue lentement après le traitement spécifique. Elle se traduit par des altérations du liquide céphalo-rachidien et s'accompagne parfois de symptômes cliniques de faible intensité. Il n'y a aucun parallélisme entre ces symptômes et les modifications du liquide.

J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Statistique relative à la diminution des maladies vénéréosyphilitiques au cours des années écoulées, (Estadistica sobre la disminucion de las enfermedades venereosifiliticas en el transcurso de los anos), par Rafaël LANCHA FAL. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, n° 5, p. 385.

D'après la statistique de la consultation privée de l'auteur, le nombre des maladies vénéréo-syphilitiques aurait subi une décroissance rapide au cours des dernières années.

De 1915 à 1930, le total des contaminations syphilitiques est passé de 31,62 o/o à 9,64 et celui des infections chancrelleuses de 5,12 à 0,29.

J. MARGAROT.

Résultats obtenus avec les épreuves eczématogènes (Resultados conseguidos con las pruebas eczematogenas), par J. BEJARANO et E. ENTERRIA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, no 5, p. 398.

Les épreuves eczématogènes ont été réalisées chez 59 malades atteints de dermatoses variées ou de maladies vénériennes. La relation complète de tous ces cas serait de faible utilité. Les auteurs préfèrent détacher les 12 observations les plus intéressantes. Elles se rapportent à des érythrodermies salvarsaniques ou mercurielles, à des eczémas, à des lupus tuberculeux, à des psoriasis, etc.

Parmi les substances utilisées se trouvent divers médicaments (néosalvarsan et arsenicaux similaires, protoxyde de bismuth, benzoate et cyanure de mercure, cyanure double d'or et de potassium, térébenthine, tartre stibié, iodure de sodium, jaune d'acridine).

La technique employée consiste à appliquer sur la peau un carré de gaze imbibé du produit dont on veut expérimenter l'action. Après un contact de 24 heures, on note l'état des téguments. Dans les cas paraissant intéressants, un second examen est fait le lendemain.

D'après les résultats obtenus, cette méthode d'exploration de la sensibilité cutanée ne paraît pas avoir une grande importance pratique. Les réactions sont souvent discordantes suivant la région cutanée où sont faites les épreuves. D'autre part, elles varient d'intensité, peuvent se transformer de positives en négatives et réciproquement dans un intervalle de quelques jours. Aucune règle ne peut être établie à cet égard. Enfin, des substances eczématogènes, qui ont paru douées d'une action élective chez certains sujets, sont parfois bien tolérées lorsqu'elles sont administrées par voie intraveineuse ou intramusculaire.

J. MARGAROT.

Syndromes d'intoxication par les arsenicaux pentavalents (Sindromes de intoxication por arsenicales pentavalentes), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, février 1931, 23e année, no 5, p. 405.

Un malade atteint de lichen plan absorbe une dose quotidienne de 0 cc. 50 de tréparsol pendant 15 jours consécutifs. Il est pris de céphalée, de tremblement et présente une asthénie si intense que la marche est absolument impossible. La parole est difficile. On note de l'insomnie et du subdélire. L'urine renferme de l'urobiline en quantité et des pigments biliaires. La guérison demande une dizaine de jours.

La sœur du malade, après un traitement par le même agent thérapeutique pendant une période de temps indéterminée, présente des troubles exactement semblables mais moins marqués.

L'auteur incrimine l'usage continu du produit arsenical, alors que son administration doit se faire par courtes périodes de quelques jours, séparées par des repos d'égale durée. J. MARGAROT.

Contribution à l'étude du traitement abortif de la syphilis (Contribucion al estudio del tratamiento abortivo de la sifilis), par J. Gay Prieto et A. Villafuertes. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, p. 406

G. P. et A. V. entendent sous le nom de traitement abortif de la syphilis un traitement qui, appliqué à la période initiale de la maladie, permet d'obtenir une guérison totale et définitive par une seule cure.

Après avoir rappelé les règles posées par différents auteurs et relatives à la date du contact infectant, à l'âge du chancre, à l'absence d'adénopathie satellite, à la fièvre parfois provoquée par une première injection, ils adoptent le critérium de Stühmer, pour qui l'accident initial, avec les ganglions, et la septicémie tréponémique, avec une sérologie totalement négative, constituent le syndrome primaire, susceptible d'être guéri par le traitement abortif.

C'est la sérologie qui fournit la notion la plus importante pour la possibilité de ce traitement. La réaction doit être négative avant de le commencer et doit se maintenir négative pendant toute sa durée.

La technique suivie doit s'inspirer de trois postulats fondamentaux : il faut utiliser le plus rapidement possible des doses élevées de néosalvarsan, répéter ces doses à des intervalles les plus courts possible et atteindre une dose totale suffisante.

Les auteurs indiquent les différentes règles adoptées par divers syphiligraphes. En ce qui les concerne, ils font une injection immédiate de 0 gr. 15 de néosalvarsan pour dépister une intolérance possible. Si l'injection est bien supportée, ils en font une seconde de 0 gr. 60 le jour suivant et répètent cette dernière deux fois par semaine jusqu'à ce que le total dépasse 6 grammes.

Une deuxième réaction sérologique est faite le jour de l'injection de la 3e dose. Elle doit être négative.

Ultérieurement, les vérifications sérologiques et l'examen du liquide céphalo-rachidien doivent être répétés pendant un temps suffisant.

Les cas apportés par les auteurs ont été suivis pendant une période qui varie de 15 mois à 5 ans.

Une seule récidive a été notée chez un malade ayant au début des réactions sérologiques négatives.

Des objections ont été formulées contre la méthode abortive. Elles sont basées sur la brièveté de la période d'observation et l'impossibilité de juger de l'avenir définitif du malade. Les auteurs terminent en rappelant les tentatives qui ont été faites pour réfuter ces objections.

J. Margarot.

Peut-on tenter une prophylaxie contre le cancer cutané ? (Se puede intentar una profilaxia contra el cancer cutaneo), par J. Fernandez de la Portilla et Julio Bravo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, n° 5, p. 415.

La prophylaxie sociale du cancer cutané se résume en deux mots : hygiène et culture.

La première nous apprend à respecter la peau, à veiller à sa propreté, à surveiller et à traiter ses plus petites affections, à éviter autant que possible les intempéries qui l'offensent et à supprimer à temps les causes qui l'irritent.

Dans la lutte anticancéreuse, étant donnée notre ignorance sur la nature du mal, il est plus important de connaître les agents exogènes dont il convient d'éviter l'action et les circonstances dans lesquelles l'individu s'y expose, que les modifications biologiques et physico-chimiques qui transforment la cellule normale en une cellule maligne. On doit se méfier de l'action cancérogène de la lumière et mettre en garde les marins et les villageois contre sa nocivité. Les cancers des ramoneurs, les cancers arsenicaux, les cancers du goudron et ceux qui sont dus à certaines substances susceptibles d'être cancérogènes, requièrent l'emploi de moyens de protection qui relèvent entièrement de l'hygiène industrielle.

On doit traiter les dermatoses précancéreuses et pour cela il faut en faire le diagnostic précoce.

Il est nécessaire, d'autre part, d'agir sur le terrain syphilitique qui prédispose volontiers au cancer.

Les rayons X ne doivent être utilisés qu'avec prudence et uniquement pour des affections qui exigent leur emploi.

Le second moyen, la culture, est tout, parce qu'elle représente les lois sociales et leur utile application pour protéger les ouvriers des industries insalubres. La culture, c'est l'investigation médicale périodique, la connaissance et l'appréciation exacte des lésions qui précèdent la néoplasie, c'est la lutte contre les infections et les intoxications chroniques au premier rang desquelles se trouvent la syphilis et le tabac. La culture c'est le traitement adéquat et précoce des dermatoses, c'est le perfectionnement du savoir des médecins et des malades, le maniement parfait et prudent des agents physiques, la culture, en un mot, répond au désir de rendre l'espèce saine et forte. J. Margarot.

Un cas de tarsalgie gonococcique (Un caso de tarsalgia gonococcica), par Sanz Beneded. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, no 5, p. 427.

Une première infection gonococcique contractée par un sujet à l'âge de 15 ans est imprudemment traitée et s'accompagne d'uréthrite postérieure avec cystite, prostatite et orchi-épididymite double.

A l'âge de vingt ans, il présente une nouvelle manifestation uréthrale.

Peu de temps après s'installe une tarsalgie du pied gauche.

Il y a 5 mois, apparaît une cystite hématurique avec ténesme, qui dure jusqu'au moment où surviennent des douleurs au pied droit. On note une arthrite commençante se traduisant par une synovite des articulations tarso-métatarsiennes et des lésions périostiques du scaphoïde.

Les séro-réactions avec des antigènes de différentes souches de gonocoques sont fortement positives.

Dans ce cas, on retrouve la seule prédisposition admise par tous les auteurs, celle que réalise une première atteinte. Il existe, d'autre part, chez le malade, une diathèse arthritique familiale, dont le rôle a été nié comme cause provocatrice.

J. Margarot.

Néoformations consécutives à des injections d'huile camphrée (Un cas d'oléomes multiples) (Neoformaciones consecutivas a inyecciones de aceite alcanforado. Caso de oleomas multiples), par Ricardo Bertoloty. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, no 5, p. 432.

Un malade de 39 ans reçoit, il y a un an et demi, 5 à 6 injections d'huile camphrée dans les deux bras. Un an après apparaissent sur la surface piquée de petites tumeurs douloureuses qui augmentent graduellement et progressivement de volume.

Au moment de l'examen, les tumeurs ont de 2 à 6 centimètres carrés, elles sont lobulées, de consistance dure, mais non ligneuse. Une douleur spontanée les accompagne : elle s'irradie à la racine et aux extrémités des membres. La pression l'exagère. La couleur des téguments, faiblement rosée au début, est devenue grisâtre.

Une biopsie montre un épithélium dont les prolongements interpapillaires pénètrent plus profondément qu'à l'état normal. Au-dessous de la zone papillaire, le derme et l'épiderme sont infiltrés de petites cellules arrondies (lymphocytes). Ces éléments se groupent en quelques points pour former des lobules au centre desquels s'observent des cellules géantes de forme irrégulière, sans limites bien définies, avec des prolongements qui s'insinuent entre les éléments voisins. Leur protoplasme est acidophile et les noyaux, nombreux et périphériques, forment une couronne incomplète.

Entre ces cellules et les lymphocytes existent des éléments polyédriques ayant un protoplasma abondant et clair et un noyau allongé.

La biopsie d'une autre tumeur montre, au lieu de ces groupements avec cellules géantes et épithélioïdes, une masse scléreuse dans laquelle se confondent le derme et l'hypoderme. Cette masse présente de nombreux faisceaux conjonctifs altérés dans leurs affinités tinctoriales.

Une injection sous-cutanée à l'huile camphrée ne détermine ni phénomènes douloureux ni formations nodulaires.

L'auteur remarque que les oléomes sont en général d'apparition tardive. Leur propagation à distance est indiscutable, puisqu'ils ne siègent pas seulement au niveau de l'injection, mais dans les parties voisines.

J. Margarot.

Dermites d'origine chimique (Dermitis de origine quimico), par Emilio Rivas Cabello. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, février 1931, no 5, p. 439.

Parmi les dermites d'origine chimique, une place importante doit être faite à celles qui sont dues aux colorants. Elles atteignent soit ceux

qui les fabriquent, soit ceux qui les utilisent. Les troubles cutanés commencent par des paroxysmes pruritiques. De petites vésicules apparaissent ensuite, faisant penser à une affection eczémateuse, d'où le nom de dermatose eczémateuse artificielle, qui est parfois donné à ces accidents.

L'auteur apporte trois observations lui permettant de conclure qu'un grand nombre de colorants, dérivés pour la plupart de l'aniline, sont capables de provoquer des dermites de type eczémateux. Elles ne cèdent à rien, si ce n'est à la suppression de la substance qui les provoque.

Les lésions réalisées présentent la plus diverse complexité et vont de la dermite simplement prurigineuse à des formes très lichénifiées.

Plusieurs de ces dermites sont d'un grand intérêt au point de vue social : elles nécessitent l'abandon de certaines professions lorsqu'on ne peut désensibiliser les malades aux antigènes complexes constitués par les colorants. J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Relations de la syphilis avec le cancer. Valeur de la lutte antivénérienne au point de vue oncologique (Relacion de la sifilis con el cancer. Valor de la lucha antivenerea desde el punto de vista oncologico), par GOYANES. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 67, avril 1931, p. 419.

L'auteur expose les principales données du problème et conclut que si la syphilis, l'alcoolisme et l'usage du tabac prédisposent au cancer et augmentent progressivement le nombre des sujets atteints, il n'existe pas de relation directe entre la pathologie des tumeurs malignes et l'action biologique de ces processus. J. MARGAROT.

Psorospermose folliculaire végétante (maladie de Darier) (Psorospermosis folicular vegetante (morbus Darier)), par Javier VILANOVA MONTIU. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 67, avril 1931, p. 445.

L'auteur rappelle les principaux faits de l'histoire des dyskératoses.

On a justement critiqué l'unité du groupe dans lequel on réunissait avec la psorospermose folliculaire végétante, la maladie de Paget du mamelon, la maladie de Bowen et le *molluscum contagiosum*.

En effet, l'étude histologique des verrues, des papillomes, des nævi hyperkératosiques, des épithéliomas spino-cellulaires, des nævo-carcinomes et de diverses dermatoses, met assez fréquemment en évidence des cellules dyskératosiques.

La maladie de Paget du mamelon a été considérée par l'école de Strasbourg comme répondant, non à une dermite précancéreuse, mais à une manifestation épidermoïde d'un cancer glandulaire profond du sein.

La conception primitive de la dyskératose de Bowen est l'objet de critiques passionnées surtout de la part de l'école italienne ; son rat-

tachement aux véritables épithéliomas cutanés paraît imminent. Civatte, Gay Prieto ont insisté sur les formes baso-cellulaires de cette affection.

Enfin, le *molluscum contagiosum* serait causé par un virus filtrant comme les verrues et les papillomes.

Seule resterait dans le groupe la psorospermose folliculaire végétante, dont les lésions dyskératosiques sont encore la caractéristique microscopique la plus importante, bien que Catsaras donne comme lésion primitive probable la dissociation entre la couche germinative basale et le corps muqueux de Malpighi, dissociation endo-épidermique non seulement mécanique, mais biologique.

L'auteur a observé un cas de maladie de Darier chez une jeune fille de 15 ans. Il a pu suivre l'évolution des lésions pendant plus de quatre années.

Chez cette malade une fièvre typhoïde, survenue pendant l'enfance, est suivie d'une modification de la peau qui devient sèche, xérodermique et se recouvre de poils follets. Ces altérations cutanées régressent six mois après, alors que se développent des lésions considérées d'abord comme des verrues planes, puis comme des eczématides folliculaires et finalement comme des éléments de psorospermose folliculaire végétante.

La maladie, après avoir commencé sous une forme atypique, atteint son plein développement à l'époque de la puberté et coexiste avec des manifestations évidentes d'insuffisance pluri-glandulaire et, en particulier, thyroïdienne. La malade présente un certain degré d'arriération mentale. Une médication thyro-ovarienne est instituée. Sous son influence la dermatose, l'hypothyroïdisme et l'insuffisance psychique évoluent conjointement, s'améliorant ou s'aggravant avec un parallélisme rarement observé en clinique.

On ne peut que conclure à une relation pathogénique évidente entre le trouble endocrinien et la dyskératose, bien que ce facteur étiologique ne soit pas seul en cause. En particulier, le début de la maladie paraît s'être fait par des lésions en apparence indépendantes de l'élément éruptif caractéristique de la psorospermose. J. MARGAROT.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

La courbe aminoacidémique comme test de la fonctionnalité hépatique, dans la syphilis, dans la lèpre et dans quelques dermatoses, par DEL VIVO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 279. Trois pages de bibliographie.

L'auteur a utilisé la courbe amino-acidémique, recherchée après injection intraveineuse de glycocolle, pour étudier l'état fonctionnel du foie au point de vue des échanges azotés. Cette épreuve a été pratiquée sur 91 malades, dont 44 cas de syphilis, 11 cas de lèpre et 36 cas de dermatoses diverses.

La courbe amino-acidémique s'est montrée une bonne méthode d'exploration fonctionnelle pour déceler les déficiences de la cellule hépa-

tique au point de vue de la « désamination » des amino-acides, et puisqu'une telle fonction est une des plus spécifiques et des plus sensibles du foie, il est toujours utile de recourir à cette recherche quand on veut avoir une notion précise sur l'état fonctionnel de cet organe.

Dans la syphilis, l'auteur a rencontré des troubles fonctionnels du foie à toutes les étapes de la maladie, et, fait à noter, même à la période précoce de l'infection, alors que les réactions sérologiques sont encore négatives, ce qui démontre que la cellule hépatique est très sensible à la pénétration du spirochète dans notre organisme.

Dans la lèpre, il a trouvé un état d'hypofonction hépatique dans la presque totalité des cas, confirmant que le bacille de Hansen exerce toujours une influence, directe ou indirecte, sur la fonction hépatique.

Parmi les dermatoses, il est apparu que l'eczéma, en particulier, évolue chez des sujets qui présentent des troubles hépatiques, mais on ne peut pas affirmer que les phénomènes cutanés et les troubles hépatiques soient nécessairement sous la dépendance les uns des autres ; il y a lieu plutôt de les considérer comme liés à un même état pathologique.

BELGODERE.

Considérations et expériences sur l'importance du pH des terrains de culture, par E. SCOLARI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 323, 4 fig. Bibliographie.

Ce travail débute par une revue critique des données les plus importantes obtenues jusqu'à ce jour, en ce qui concerne la recherche de l'optimum et des limites de développement des dermatophytes au point de vue du *p*H des terrains de culture. Cette revue est accompagnée de la contribution d'observations expérimentales personnelles de l'auteur exécutées au moyen de déterminations potentiométriques de la concentration en hydrogénions des terrains.

Par des recherches appropriées, l'auteur a étudié les modifications du *p*H des terrains sous l'influence du développement et du métabolisme de divers dermatophytes, en se servant de nombreux milieux de culture dont la concentration en hydrogénions était fixée suivant 10 à 11 valeurs graduées et suffisamment rapprochées entre elles pour permettre la construction d'une courbe qui a été étudiée synthétiquement dans ses modifications.

Toutes les déterminations, faites avant l'ensemencement et après 35 jours de développement des dermatophytes, ont été effectuées avec le potentiomètre.

Enfin, l'auteur a suivi au microscope les modifications morphologiques et quantitatives de développement de quelques dermatophytes en rapport avec les variations de la concentration en hydrogénions de milieux nutritifs, tamponnés et non tamponnés, dont le *p*H était déterminé par la méthode électrométrique.

La recherche est accompagnée d'expériences complémentaires dont le but est de mettre en lumière le rôle assumé par les substances régulatrices ou modificatrices de quelque manière du *p*H, ajoutées aux ter-

rains de culture dans la détermination des mutations quantitatives et morphologiques des dermatophytes cultivés dans les divers milieux.

BELGODERE.

Recherches sur l'action des irradiations Jesionek-Sollux sur la catalase du sang chez les individus atteints de psoriasis, par V. LEIGHEB. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 361. Bibliographie.

L'auteur, après avoir rapidement exposé les recherches exécutées précédemment sur l'action des diverses variétés de radiations sur le pouvoir enzymatique des catalases, expose la technique utilisée dans ses expériences pour la détermination de l'action du ferment sanguin et les diverses modalités d'irradiation des sujets étudiés. Il détaille tout particulièrement les résultats obtenus avec les irradiations combinées Jesionek-Sollux, chez des témoins à peau saine et chez des psoriasiques. En outre, pour une interprétation plus exacte de l'action actinique, il expose les résultats des recherches exécutées en irradiant des sujets à peau saine avec la lampe Jesionek seule et avec le Sollux seul.

Les résultats de ces recherches peuvent être résumés dans les conclusions suivantes :

1° la catalase du sang de l'homme, semble sensible, quoique légèrement, *in vivo*, aux différentes formes d'énergie radiante utilisées selon les modalités exposées par l'auteur ;

2° il existe des diminutions et des augmentations du pouvoir du ferment, parfois supérieures à celles qui s'observent aussi chez des sujets non irradiés, et dans ce cas par conséquent attribuables seulement à l'action actinique ;

3° les irradiations combinées Jesionek-Sollux ont déterminé des crises d'abaissement au-dessous de la valeur initiale, chez des sujets atteints de psoriasis, plus fréquemment que chez les sujets sains ;

4° il existe probablement, chez les psoriasiques, par comparaison avec les sujets à peau saine, une variabilité plus grande du pouvoir enzymatique, et peut-être, parallèlement, une altération des processus d'oxydation de l'organisme ;

5° l'action des irradiations Jesionek est légèrement nuisible à la catalase hématique dont elle détermine un léger abaissement du pouvoir enzymatique ;

6° il semble que, dans un cas, la pigmentation cutanée ait fait obstacle à l'action actinique déprimante ultra-violette.

7° l'action des irradiations Sollux est en général indifférente ou seulement légèrement favorable, mais pas toujours d'une manière immédiate ;

8° dans le traitement combiné Jesionek-Sollux, les plus fortes crises d'abaissement doivent peut-être être attribuées aux irradiations ultra-violettes de la lampe de quartz.

Suit la discussion et l'interprétation des résultats obtenus.

BELGODERE.

Sur les anticutines et les procutines, par Ausonio Masia. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 392. Bibliographie.

L'auteur décrit d'une manière détaillée la technique et les résultats de diverses expériences personnelles pratiquées sur les substances dites *anticutines* et *procutines*, après avoir résumé et comparé les travaux des autres observateurs.

Dans la première série d'expériences, exécutées sur 50 malades atteints de lésions tuberculeuses variées (cutanées, osseuses, pulmonaires) pour la recherche des *anticutines* dans le sang circulant, et des *procutines* dans le sang, et dans le suc de la papule tuberculinique d'une part, et dans le liquide de bulle provoquée sur papule tuberculinique d'autre part, il a obtenu un résultat positif des réactions seulement dans 4 o/o des cas.

D'autres expériences, pratiquées pour rechercher la présence éventuelle de procutines chez 29 patients (4 atteints de tuberculose cutanée et 25 cliniquement sains) en employant le liquide interstitiel aspiré du plancher d'une bulle sur papule tuberculinique, mélangé avec de la tuberculine, ont montré dans différents cas, soit dans 37 o/o, un renforcement plus ou moins accentué de la réaction par comparaison avec celle provoquée par la même quantité de tuberculine pure.

L'auteur, à ce point de vue, s'est demandé si ce renforcement est dû à un facteur spécifique, ou plutôt à une substance phlogogène, aspécifique, contenue dans le liquide interstitiel.

Pour élucider ce point, il a effectué des injections intradermiques avec le mélange susindiqué et avec celui tuberculine + liquide interstitiel de papule provoquée par application de neige carbonique et a confronté les réactions ainsi obtenues avec celles provoquées par la même dose de tuberculine, mélangée dans les mêmes proportions avec la solution physiologique.

Il a pu ainsi constater que, avec les deux premiers mélanges, l'intensité des phénomènes inflammatoires est supérieure à celle du second cas : autrement dit que l'action de la tuberculine est renforcée par l'addition soit de l'un soit de l'autre liquide en question.

Ceci démontre que le renforcement de la réaction tuberculinique, révélé par l'addition de liquide interstitiel de papule tuberculinique ne peut être considéré comme étant de nature spécifique, c'est-à-dire *dû à des procutines*, mais est dû au caractère inflammatoire du liquide lui-même, c'est-à-dire déterminé par une substance phlogogène, contenue dans les liquides interstitiels des lésions de nature inflammatoire en général, et qu'elle est par conséquent de nature aspécifique.

A l'appui de cette conception, vient encore s'adjoindre le résultat négatif chez 15 patients, de l'épreuve de la transmission passive de la sensibilité à la tuberculine, pratiquée selon la technique de Praussnitz et Kustner et de Konigstein-Urbach.

Ayant cependant constaté dans la majorité des cas une différence entre les caractères des réactions tuberculine + liquide interstitiel de papule tuberculinique, et des réactions tuberculine + liquide interstitiel de papule de neige carbonique, l'auteur a fait l'expérience d'injecter par voie intradermique les deux liquides interstitiels *purs* et simultanément, dans un but de contrôle, le liquide interstitiel recueilli par la même méthode de la peau saine, et il a constaté que les réactions ainsi obtenues avec les premiers étaient plus intenses que celles obtenues avec le second et manifestaient, à peu de chose près, les mêmes différences déjà constatées par les mélanges respectifs avec la tuberculine, d'où l'on peut conclure que la susbtance phlogogène contenue dans ces liquides peut différer dans ses propriétés selon le processus d'où elle provient, par suite, imprimer des caractères différents aux réactions à la tuberculine avec laquelle elle vient à être mélangée.

BELGODERE.

Recherches sur les altérations fonctionnelles du système nerveux végétatif dans la lèpre. (Métabolisme basal, pH-Réserve alcaline. Glycémie et courbe glycémique. Cholestérinémie. Épreuves pharmacologiques), par Antonio MARRAS. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 411. Trois pages de Bibliographie.

L'auteur, en exposant le thème de ses recherches, fait remarquer l'abondance des symptômes de dysfonction du système nerveux végétatif dans le tableau clinique de la lèpre, surtout de la lèpre nerveuse. déduisant cette notion non seulement des symptômes d'altérations trophiques, mais aussi de ceux plus évidents encore de dysfonction endocrine, particulièrement de l'appareil génital et encore des troubles fonctionnels du système nerveux central et périphérique qui ont avec le premier des rapports non seulement anatomiques, mais encore fonctionnels. Il fait ressortir en outre l'importance d'une étude aussi complète que possible du système afin de parvenir à une estimation clinique plus sensible, que l'auteur recherche à travers tous les procédés biologiques jusqu'alors usités : métabolisme basal, réserve alcaline, *p*H, glycémie et épreuve de la glycémie, cholestérinémie et épreuves pharmacologiques. Chacune de ces recherches fait l'objet d'un chapitre spécial, dans lequel il expose la méthode suivie et les résultats obtenus, les faisant précéder d'indications de caractères bibliographique et scientifique.

Soit dans le métabolisme basal, recherché avec l'appareil de Pacchoni, en substituant cependant un compteur pour la mesure directe de la surface du corps à la formule hauteur-poids de Du Bois communément employée, soit dans le *p*H, avec l'analyse colorimétrique de Hellige, soit dans la réserve alcaline, avec la méthode de Van Slyken, soit dans la cholestérinémie, avec la méthode colorimétrique de Grigaut, et soit encore avec les épreuves pharmacologiques au moyen de l'atropine, de la pilocarpine et de l'adrénaline, il obtient des valeurs

dans les 28 cas de lèpre étudiés, dont 5 de lèpre tubéreuse, 7 de forme mixte, et 14 anesthésiques, qui s'orientent d'une manière prédominante vers une diminution du tonus et une médiocre réactivité du système végétatif, qui seraient en faveur d'une altération fonctionnelle. La glycémie et la courbe glycémique, étudiée avec la microméthode de Mac Lean, ne démontre pas grand'chose d'intéressant. L'auteur se demande si l'altération est seulement fonctionnelle, et si elle n'est pas aussi anatomique comme pour les autres systèmes avec lesquels le système nerveux végétatif a de si intimes rapports, et il annonce de nouvelles recherches histologiques qui se pratiquent dans sa clinique pour approfondir ce côté de la question. BELGODERE.

Sur les influences réciproques des germes communs de la flore uréthrale et du gonocoque, par Elio SECHI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 483. Bibliographie.

Dans une rapide vue d'ensemble, l'auteur fait ressortir l'importance pratique et scientifique, qui va en s'accentuant tous les jours, des recherches sur les influences réciproques de germes qui habituellement vivent dans l'organisme ou peuvent y survenir, qu'il s'agisse ou non de saprophytes, sur leurs rapports avec les états morbides. Il expose ensuite les résultats de ses recherches personnelles dirigées dans le but de vérifier si, même parmi les germes communs de la flore uréthrale, ou entre ceux-ci et le gonocoque, ou entre ce dernier et ceux-ci, il existerait des actions synergiques ou antagonistes.

Ainsi, en mettant en contact des filtrats de bouillon de culture de 15 à 20 jours, actifs et inactivés pendant une heure à 60 et 100 degrés avec la même cellule bactérienne en culture de 24 heures et avec chacun des 11 germes divers isolés par lui chez des sujets normaux et avec le gonocoque, et, de la même manière, des filtrats de ce dernier avec ses propres cultures et avec chacun des germes susdits, il a pu établir un certain nombre de faits dont il tire les conclusions suivantes :

1° le phénomène de l'auto-vaccination des terrains se produit d'une manière limitée chez quelques germes de la flore uréthrale commune ;

2° la thermostabilité ou la thermolabilité des filtrats de ces germes n'est pas un caractère constant, l'action excitante se substituant parfois à l'action inhibitrice si l'on emploie des extraits actifs ou inactivés ;

3° il existe entre eux des actions antagonistes qui peuvent varier selon que l'on emploie des filtrats actifs ou inactivés ;

4° l'optimum de ces actions synergiques ou antagonistes est obtenu en général par l'addition aux terrains normaux de 75 o/o d'extrait ;

5° les extraits de culture de gonocoque ont une faible action inhibitrice sur le coli et sur le pseudo-diphtérique et une action excicatrice sur le staphylocoque blanc et doré ;

6° on observe *in vitro* des actions inhibitrices sur le développement du gonocoque de la part des germes communs de la flore uréthrale.

BELGODERE.

Sur les rapports entre les chéloïdes secondaires et la syphilis, par G. Maggiuli. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, vol. LXXII, fasc. 2, avril 1931, p. 492, une fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir rappelé la théorie pathogénique de l'infection tuberculeuse dans le développement de la chéloïde secondaire, actuellement soutenue par beaucoup d'auteurs, passe rapidement en revue les cas de chéloïde apparus consécutivement à des manifestations syphilitiques et en décrit un cas qui est tombé sous son observation, dans lequel les chéloïdes s'étaient formées chez un nourrisson, une fillette hérédo-syphilitique, deux mois après la disparition des lésions luétiques, à caractère érythémato-papuleux.

Ce cas se prête à des considérations sur les rapports entre les chéloïdes et la syphilis et l'auteur soutient que parfois la pathogénie tuberculeuse ne peut pas expliquer la formation des chéloïdes, qui serait peut-être mieux éclairée si on pouvait faire place à l'hypothèse d'une origine embryonnaire, qui permettrait de classer les chéloïdes parmi les nævi.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Turin).

Action de quelques substances pomphogènes sur le lupus vulgaire, par Pier Angelo Meineri : *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 4, avril 1931, p. 185, 12 fig.

L'auteur, par des recherches antérieures qui ont été analysées ici même, avait abouti à cette conclusion que certaines substances pomphogènes (morphine, histamine, peptone) injectées dans la peau humaine normale, provoquent localement une augmentation de polynucléaires neutrophiles et éosinophiles et une diminution des lymphocytes, et cela aussi bien dans le sang circulant localement qu'au sein de la peau elle-même.

D'autres recherches lui avaient montré que le sang circulant dans les placards de lupus vulgaire présentait une augmentation des lymphocytes et une diminution des éosinophiles et des neutrophiles.

Il a voulu, par de nouvelles recherches, se rendre compte de l'influence exercée par les trois substances à action pomphoïde lorsqu'elles sont injectées dans un placard de lupus vulgaire, en partant de cette constatation que de telles substances font augmenter précisément les éléments du sang qui, dans le lupus, sont en diminution.

La morphine, l'histamine et la peptone, à peine introduites dans le tissu lupique, provoquent la turgescence de ce tissu, et, aussitôt après, une intense réaction pomphoïde.

Si l'on répète les injections de morphine et d'histamine, les placards de lupus entrent en résolution cliniquement, et histologiquement manifestent des modifications notables. On observe une hyperplasie de l'épiderme, une réduction du tissu tuberculeux, une désagrégation des

tubercules qui sont envahis par des amas de polynucléaires éosinophiles et parfois de cellules plasmatiques et une substitution du tissu tuberculeux par des éléments conjonctifs jeunes.

La peptone provoque dans un premier temps une désagrégation du nodule tuberculeux, qui se vide en laissant une ulcération. Histologiquement, on observe la disparition du tissu lupique, une invasion des neutrophiles et des éosinophiles et la formation de nouvelles cellules conjonctives. Par la suite, l'ulcération se comble, et histologiquement on observe la disparition presque totale du tissu tuberculeux, l'hyperplasie de l'épiderme et du tissu conjonctif dermique, qui devient compact et qui a tendance à envahir même le tissu sous-cutané. Cette hyperplasie explique la consistance particulière que viennent à assumer les placards ainsi traités. BELGODERE.

Variations de la réserve alcaline à la suite d'irradiations ultra-violettes sur la peau normale, eczémateuse et psoriasique, par Luigi TROSSARELLI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 4, avril 1931, p. 213. Bibliographie.

L'auteur a effectué des recherches sur les variations de la réserve alcaline à la suite d'irradiations ultra-violettes sur la peau de 64 malades et a trouvé que l'action des rayons ultra-violets sur la peau détermine presque toujours une augmentation de la réserve alcaline du sang (seulement dans 4 cas, il a constaté une diminution). L'augmentation de la réserve alcaline commence avec l'apparition de l'érythème et se maintient pendant un petit nombre d'heures puis retourne peu à peu au *statu quo ante*. L'irradiation effectuée sur des zones occupées par des lésions psoriasiques ou eczémateuses provoque elle aussi une augmentation de la réserve alcaline mais de degré moindre. La réserve alcaline revient à peu près à sa valeur initiale 24 heures après l'irradiation.

BELGODERE.

Sur un cas de nodosités vaccinales (dites « nodules des trayeurs »). par Oscar LEVI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, no 5, mai 1931, p. 265, 3 fig. Bibliographie.

Description d'un cas d'infection par la vaccine transmise par contact direct chez un trayeur. Sur le dos des mains et en petit nombre aussi sur l'avant-bras, on constatait des saillies de consistance dure, ombiliquées. Au dixième jour de la maladie apparut un exanthème urticarien dont les éléments laissèrent comme traces des taches achromiques. La dermatose est semblable à celle qui a été décrite pour la première fois par Winternitz et ultérieurement par d'autres. Elle doit être interprétée comme une forme abortive de variole vaccinique. Cette interprétation est fondée sur l'aspect et l'évolution clinique, sur l'examen des vaches infectées, sur les constatations histologiques. L'absence de corpuscules de Guarnieri pourrait être due à des particularités spéciales du virus et du terrain sur lequel s'est produite l'infection.

BELGODERE.

Un cas d'épidermolyse bulleuse traitée et guérie par le calcium, par Pier Angelo Meineri. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 5, mai 1931, 4 fig.

Femme de 47 ans, qui, au plus petit choc, voit apparaître sur la peau des mains des abrasions ou des bulles qui, par la suite, guérissent en laissant de légères cicatrices avec atrophie accompagnées de kystes épidermiques. La muqueuse du palais dur, elle aussi, sous l'influence du moindre traumatisme (mastication d'aliments durs), s'abrase facilement. Parfois aussi on peut voir apparaître des formations bulleuses qui sont cependant toujours très fugaces. Peut-être aussi la muqueuse des organes génitaux externes a-t-elle été autrefois sujette aux mêmes altérations qui seraient apparues particulièrement à la suite des rapports sexuels.

Cliniquement, non seulement la peau des parties sujettes à la formation des bulles, mais aussi celle des autres régions, est de coloration jaunâtre peu élastique et présente une faible capacité réactive à toutes les excitations externes.

Histologiquement, la peau prédisposée à de pareilles altérations présente des lésions des fibres élastiques. Celles-ci, absentes au voisinage de l'épiderme, sont, dans les autres parties du derme, fragmentées, disposées çà et là en touffes irrégulières. Des lésions du tissu élastique s'observent aussi dans quelques petits vaisseaux du tissu conjonctif souscutané.

S'appuyant sur les idées de Godin, qui affirme qu'il y a en pathologie humaine des véritables élastopathies généralisées avec une symptomatologie variable, M. envisage l'hypothèse que, dans son cas, il puisse s'agir d'une altération générale de tout le tissu élastique, qui, sur la peau et sur les muqueuses, tend à la production de la dystrophie connue, avec formation de bulles à la suite de traumatismes, et à la manifestation de différents troubles internes.

Dans son cas, M. a institué un traitement à base d'injections intraveineuses de gluconate de Ca ; après quelques mois, la peau et les muqueuses guérirent parfaitement de leur altération et l'état général de la malade qui n'avait jamais été très satisfaisant, devint parfait.

Il est difficile, sur la base des connaissances pharmacologiques actuelles, de donner une explication de l'action salutaire exercée par le calcium, bien que les observations sur ce médicament aient été dans ces dernières années très nombreuses. Belgodere.

Comparaison entre le contenu en glucose du sang et du liquide de bulle après administration de sucre par voie buccale chez des sujets normaux, par Alessandro Ferrari. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 5, mai 1931, p. 293. Bibliographie.

L'auteur a comparé le contenu en sucre du sang et du liquide de bulle après administration de sucre par voie buccale chez des sujets ayant un tégument d'apparence normale, dans le but principalement d'étudier le comportement des échanges entre le sang et le liquide de bulle préformé.

Les résultats de ses expériences ont été les suivants :

1° Le contenu en sucre du liquide de bulle correspond en moyenne à un peu plus de 50 o/o du taux glycémique.

2° Après administration de sucre, on observe aussi dans le liquide de bulle une augmentation parallèle à celle du sang. Mais le retour à la normale se produit cependant beaucoup plus lentement.

3° Entre le sang circulant et la bulle préformée il existe donc un échange actif.

4° Cependant, les valeurs que l'on obtient sur le liquide de bulle diffèrent toujours de celles du sang et on ne peut donc affirmer qu'elles soient conditionnées seulement par les variations qui surviennent dans le sang. Il est probable que les liquides interstitiels des tissus exercent aussi une influence, et aussi les échanges cellulaires.

5° Il apparaît donc admissible que le liquide de bulle représente les conditions physico-chimiques de la peau sur laquelle la bulle se forme.

BELGODERE.

« *Lues* » *(Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie) (Kyoto).*

Études sur les composants du tréponème. Sur les albumines dans les tréponèmes (Studien über die Bausteine der Spirochæte. Ueber die Eiweisse in den Spirochæten), par H. SAWADA. « *Lues* » *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie*, vol. V, n° 4, décembre 1930. p. 25.

L'auteur a recherché les nucléo-protéides et les albumines basiques dans les tréponèmes et les spirochètes *recurrens*. Il semble, d'après ses recherches, que le tréponème ne contient pas de nucléo-protéides et que les deux spirochètes contiennent des albumines basiques.

OLGA ELIASCHEFF.

Métastases dues aux injections intraveineuses de tréponèmes (Metastatic lesions due to intravenosus injection of pallidæ), par M. HASHIGUCHI et N. KATO. « *Lues* » *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie*, vol. V, n° 4, décembre 1930, p. 27.

Les auteurs ont obtenu des métastases syphilitiques chez le lapin en injectant 5 à 6 centimètres cubes d'une émulsion de tréponèmes, pris d'une lésion du testicule, dans la veine de l'oreille. Ces métastases consistèrent en : orchite double, épididymite double, kératite parenchymateuse et conjonctivite, en lésions osseuses (os nasals, vertèbres). Cette méthode d'inoculation donne dans cent pour cent des cas des résultats positifs.

OLGA ELIASCHEFF.

La barrière hémato-encéphalique dans la syphilis, par Zensetsu OKYA. « *Lues* » *Bulletin de la Société Japonaise de Syphiligraphie*, vol. V, n° 4, décembre 1930, p 31.

L'auteur a étudié dans 23 cas de syphilis nerveuse la barrière hémato-

encéphalique par l'hémolysine, d'après Weil et Kafka. Il a recherché en même temps dans le liquide céphalo-rachidien et dans le sérum les réactions de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi. Il exista dans 3 cas sur les 23 cas examinés une hypofonction de la barrière hémato-encéphalique, c'est-à-dire une augmentation de la perméabilité méningée. Dans deux de ces trois cas, le liquide céphalo-rachidien donna des réactions positives, dans le troisième, les réactions de Bordet-Wassermann et de Sachs-Georgi furent négatives. Dans 20 cas sur les 23 cas, la fonction de la barrière hémato-encéphalique fut normale malgré un liquide céphalo-rachidien pathologique. Les expériences de contrôle sur des sujets sains donnèrent des réactions normales par l'épreuve à l'hémolysine de Weil et Kafka. OLGA ELIASCHEFF.

Przeglad Dermatologiczny (Varsovie).

La réaction de Bordet-Wassermann dans le sperme des syphilitiques, par SAWICKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 1.

S. a fait parallèlement des réactions de Bordet-Wassermann dans le sang et le sperme de 127 sujets. Pour le sperme, la technique adoptée était celle de Mac Intosch avec antigène cholestériné. Les quantités de sperme employées variaient de 0,1 à 0,8 ; même à cette dose, il n'a pas été observé de fixation non spécifique.

Chez 30 sujets non syphilitiques, sains ou atteints de blennorragie, le Bordet-Wassermann du sperme a toujours été négatif.

Sur 74 syphilitiques ayant des Bordet-Wassermann positifs dans le sang, 21 présentaient des Bordet-Wassermann positifs dans le sperme.

Deux malades, dont l'un atteint d'un sarcocèle spécifique gauche, l'autre d'une syphilide tertiaire tuberculo-ulcéreuse circinée, présentaient des Bordet-Wassermann positifs dans le sperme et négatifs dans le sang.

Il est donc utile de savoir que le Bordet-Wassermann du sperme est toujours spécifique et qu'il peut être positif alors que celui du sang est négatif. S. FERNET.

Le priapisme, symptôme initial de la leucémie myéloïde, par PODKOMORSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 5.

P. décrit un cas de priapisme douloureux de 38 jours de durée, apparu comme manifestation initiale d'une leucémie myéloïde (435.000 leucocytes). Toutes les médications usuelles, sédatifs, applications de glace, voire même ponctions, sont restées inefficaces. L'amélioration se produisit 10 jours après le début du traitement radiothérapique et malgré une aggravation de l'état leucémique.

La leucémie paraît être une des causes les plus fréquentes du priapisme dont la pathogénie reste obscure. Lorsque des thrombus sont constitués, la guérison ne peut se faire que par leur autolyse ; d'après

certaines observations, la radiothérapie locale accélèrerait ce processus. Le résultat qui est alors obtenu localement est indépendant de l'évolution générale de la maladie. S. FERNET.

Un cas de syphilis tertiaire chez un tabétique, par SAWICKI *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 11.

A titre documentaire, S. cite le cas d'un tabétique qui présentait une aortite et des gommes de la langue et des lèvres.

S. FERNET.

La pilocarpine comme moyen provocateur dans la blennorragie, par CHYLEWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 13.

C. a expérimenté la méthode de Perutz inspirée de la notion que les glandes de l'urèthre, innervées par le parasympathique, doivent être excitées à la sécrétion par l'introduction de pilocarpine dans l'urèthre. On injecte 20 centimètres cubes d'une solution de chlorhydrate de pilocarpine à 0,05 pour 200 et on examine l'écoulement deux heures après.

Sur 13 cas de blennorragie cliniquement guérie, 6 ont réagi à la pilocarpine et l'un des écoulements contenaient des gonocoques.

Dans 33 cas de blennorragie compliquée, l'écoulement consécutif à l'injection fut minime ; des gonocoques ne furent constatés que deux fois. C. conclut à la supériorité des anciennes techniques provocatrices.

S. FERNET.

Onychogryphose partielle, par ALKIEWICZ. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 18.

Étude histologique d'un ongle partiellement onychogryphosique permettant de comparer sur une seule coupe la partie normale et la partie épaissie responsable de la déviation. Des modifications histologiques n'existaient qu'au niveau du lit de l'ongle, la matrice étant parfaitement normale. Il semble donc que le lit de l'ongle prend une part active dans l'accroissement de la lame unguéale et que ses altérations suffisent pour ralentir l'accroissement de la lame cornée, provoquer son épaississement et sa déviation, qui n'est qu'une conséquence du raccourcissement unilatéral. S. FERNET.

Les atrophies maculeuses, par GRZYBOWSKI. *Przeglad Dermatologiczny*, nº 1, 1931, p. 26.

A l'occasion de trois cas d'atrophies maculeuses post-syphilitiques, G. discute la nosographie des atrophies maculeuses en général.

Lorsque la nature syphilitique de ces atrophies n'est pas reconnue, on les appelle « atrophies maculeuses idiopathiques » et on a tendance à les considérer comme une forme maculeuse de la dermatite de Pick-Herxheimer.

G. veut prouver qu'il existe des atrophies maculeuses qui ne sont ni post-syphilitiques ni de même nature que l'érythromélie. L'histo-pathologie permet de les distinguer : les atrophies maculeuses idiopathiques

se rapprochent plus des atrophies cicatricielles tandis que l'érythromélie comporte une dégénérescence caractéristique des fibres élastiques.

S. Fernet.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Contribution à l'étude des affections professionnelles de la peau chez les émailleurs, par A. P. Dolgoff (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. X, no 2, février 1931, pp. 114-125.

L'auteur a systématiquement étudié, soit à l'usine, soit à la policlinique et la clinique, 42 ouvriers émailleurs d'abat-jour métalliques pour lampes électriques. Il décrit en détail les procédés de préparation de l'émail, sa composition, le mode d'émaillage, la répartition du travail parmi les ouvriers et leurs aides. Les ouvriers observés étaient âgés de 18 à 38 ans et travaillaient à l'usine depuis un laps de temps allant de 2 semaines à 3 ans.

Les affections cutanées constatées chez les émailleurs se divisent en 5 groupes : 1) érythème léger et passager avec desquamation des faces de flexion des avant-bras et parfois du dos des mains ; 2) dermatite ayant la même localisation, et atteignant parfois la face et le tronc ; 3) eczéma d'aspect banal, mais tenace, rebelle et récidivant ; 4) ulcérations du type « pigeonneau », rares et intéressant les paumes des mains et les faces palmaires des doigts, douloureuses et longues à guérir, et 5) altérations unguéales qui sont plutôt des stigmates professionnels observés indépendamment des affections citées. Les ongles sont dépolis, fendus et à bord inégal.

L'auteur a pratiqué des épreuves cutanées avec les émaux, ainsi qu'avec d'autres réactifs utilisés habituellement en dermatologie (essence de térébenthine, teinture d'arnica, formaline et pétrole), mais seules les réactions à l'émail ont été positives, montrant ainsi une sensibilité élevée de la peau envers cet agent irritateur. Les réactions de contrôle faites sur d'autres malades permettent en plus de supposer la possibilité des affections allergiques chez les émailleurs. Les recherches ont également démontré que l'action chimique prédomine sur l'action mécanique ou physique. L'action chimique est exercée principalement par les sels de nickel, de cobalt, de chrome et les alcalis. L'action physique consiste en grattage par les particules d'émail, frottement et macération.

Le grand nombre des affections observées, leur fréquence, leurs récidives à la reprise du travail et leur guérison en cas de cessation du travail ne laissent pas de doute sur le caractère professionnel de ces dermatoses. Il y a naturellement des variations en rapport avec les propriétés constitutionnelles et individuelles des ouvriers. Suivant la composition, il y a des émaux plus nocifs que d'autres. A titre de mesures prophylactiques, l'auteur préconise une amélioration des procédés

d'émaillage, en les mécanisant au maximum, afin d'éviter le contact des mains avec les objets à émailler, et en protégeant les mains et les avant-bras par des manches imperméables en caoutchouc, en toile cirée ou caoutchoutée. En outre, les ouvriers doivent soigneusement se laver les parties découvertes et tout le corps après chaque journée de travail et mettre des pommades grasses pour soigner les mains. L'hygiène personnelle doit être observée rigoureusement et systématiquement.

BERMANN.

Contribution à l'étude des affections professionnelles de la peau causées par l'arsenic, par D. A. LAPYCHEFF (Novosibirsk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nº 2, février 1931, pp. 126-137.

Après avoir signalé la diffusion de l'arsenic dans diverses branches de l'industrie (couleurs, peaux, fourrures, textile, agriculture, etc.), et son rôle dans la production de maintes dermatoses, l'auteur communique ses observations personnelles relatives aux dermatoses arsenicales.

L'étude de l'auteur porte sur les ouvriers préparant un produit contre la carie des graines des plantes céréales. Ce produit est une poudre composée de talc en proportion de 75 o/o et d'une des combinaisons triarsenicales en proportion de 25 o/o : anhydride arsénieux, arsénite de calcium et vert de Schweinfurt. L'usine en question est petite, mal aérée, les ouvriers sont insuffisamment protégés contre les poussières nocives par un vêtement mal adapté ; ils travaillent par groupes de 5 à 6 durant 4 heures par jour.

Sur les 29 ouvriers occupés à cette usine, l'auteur en a examiné 25, tous des hommes travaillant depuis un mois à la fabrication des poudres mentionnées ci-dessus. Sur les 25 ouvriers examinés, 21 présentaient des altérations cutanées plus ou moins prononcées. Les 4 qui n'en avaient pas expliquaient leur intégrité cutanée par les causes suivantes : 2 travaillaient en dehors de la salle du mélangeur et 2 mettaient, en dessous des vêtements distribués, encore des vêtements chauds et épais qui leur appartenaient. Les 21 malades n'avaient aucune maladie cutanée antérieure et tous ont remarqué leur dermatose peu après le début de leur emploi à l'usine techno-chimique. L'incubation moyenne est de 7 à 12 jours. Cliniquement, il s'agit d'un eczéma vulgaire localisé à la face, au cou, aux organes génitaux, aines, aisselles, faces antérieures des coudes ; on note aussi une forme papulo-vésiculeuse, à part la forme érythémateuse. La forme pyodermique et folliculaire était très répandue ; pas d'altérations des cheveux ni des ongles. La conjonctivite est de règle. L'état général est également atteint, témoignant d'une intoxication générale : céphalée avec lourdeur de tête, faiblesse générale et anorexie. La dermatose guérit assez facilement par le repos et des pommades indifférentes, mais récidive à la reprise du travail.

L'auteur conclut que, pour préserver les ouvriers de l'action nocive des vapeurs arsenicales, il est nécessaire de rendre les procédés de fabrication plus modernes, automatiques, d'installer un mélangeur

fermé, de mieux aérer les salles, de fournir un vêtement et des gants imperméables, de donner des douches d'eau chaude et froide après le travail, de pratiquer des visites médicales régulières et fréquentes, de ne pas admettre à l'usine des ouvriers atteints de maladies chroniques de la peau, de faire interrompre le travail aux ouvriers dès le début de l'eczéma professionnel et de bien nourrir les travailleurs mentionnés. C'est le vert de Schweinfurt qui est le plus toxique des trois préparations arsenicales.

L'auteur ajoute qu'à la suite de ses démarches auprès des services de la Santé mis au courant du danger qu'encourt la santé des ouvriers de l'usine techno-chimique, cette dernière a été fermée et ne fonctionne plus actuellement. BERMANN.

Contribution à l'identité des sarcoïdes de Bœck et du lupus pernio, par W. P. THÉODOROVITCH (Leningrad). *Sovietsky Vestnik, Dermatologuii*, t. IX, n° 2, février 1931, pp. 138-145, avec 4 microphotogrammes.

Après quelques considérations bibliographiques, l'auteur rapporte 5 cas personnels dont l'étude clinique et histologique avait pour but d'établir, d'un côté, leurs caractères communs et, de l'autre, leurs caractères distinctifs, ce qui lui permettrait de se prononcer sur les relations des deux affections.

Tous les cas concernaient des femmes de 21 à 68 ans. 2 cas (femmes de 21 et de 55 ans) présentent cliniquement et histologiquement un lupus pernio typique avec des infiltrations cyanotiques denses des joues et du nez sans éléments lupoïdes. 2 autres cas (femmes de 22 et de 68 ans) sont cliniquement des cas caractéristiques de sarcoïde de Boeck à forme nodulaire et infiltrée, de teinte rouge-violet et brun foncé, généralisée et diffuse. Histologiquement, ces cas ne diffèrent en rien de ceux de lupus pernio. Un cas (femme de 39 ans) présente cliniquement une combinaison de lupus pernio (infiltration, tuméfaction cyanotique du nez, des joues et des doigts) et de sarcoïde de Boeck (gros nodules avec éléments lupoïdes des arcades sourcilières et des parties supérieures des joues). Histologiquement, ce cas est semblable aux autres.

En somme, le lupus pernio intéresse la face, tandis que la sarcoïde de Boeck s'étend aussi à d'autres parties du corps. Tous les cas montrent une atrophie de l'épiderme et un aplanissement de la couche papillaire qui est plus visible dans le lupus pernio. L'atrophie de l'épiderme s'explique non pas par la diversité des formes cliniques (lupus pernio ou sarcoïde de Boeck), mais par la durée du processus. Les infiltrats sont situés plus ou moins profondément dans le derme et même le tissu cellulaire sous-cutané. Dans le lupus pernio, on constate une dilatation des vaisseaux de la couche papillaire entourés d'infiltration.

L'image histologique seule ne permet pas de différencier les deux maladies, comme indépendantes. Il est possible que ce soient deux varié-

tés cliniques des diverses étapes d'une seule affection ; en faveur de cette opinion plaide le cas de l'auteur et aussi d'autres, où l'on trouve l'association du lupus pernio et de la sarcoïde de Boeck.

BERMANN.

La valeur comparée des réactions de Bordet-Wassermann et de Vernes, par A. W. ALANAKIAN (Erivan). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 2, février 1931, pp. 146-156, 4 figures.

Après une description sommaire de l'appareillage et de la technique de la réaction syphilitique de Vernes, l'auteur rapporte ses résultats personnels.

Depuis le début de 1929, il a pratiqué au laboratoire de l'Institut Dermato-Vénéréologique d'État à Erivan, 1.350 fois la réaction de Vernes, dont 831 parallèlement avec celle de Bordet-Wassermann. La coïncidence des deux réactions s'est observée dans 699 cas, donc 84,12 o/o. La discordance porte sur 132 cas, donc 15,88 o/o ; 54 sérums appartiennent à des personnes saines et 78 à des syphilitiques. Sur les 54 sérums prélevés sur des sujets sains, le Bordet-Wassermann n'a été positif qu'une seule fois, tandis que le Vernes l'était 16 fois. La réaction de Vernes est donc moins sensible que celle de Bordet-Wassermann. Sur les 78 sérums de syphilitiques, la réaction de Vernes était positive 25 fois, tandis que celle de Bordet-Wassermann l'était 53 fois. Cette dernière est donc aussi plus sensible ici que la méthode syphilimétrique.

Les chiffres numériques de la densité optique, d'après l'échelle de Vernes, sont assez fixes dans les limites des 35-40 premières divisions ; mais au-dessus, les oscillations sont beaucoup plus vastes, de façon que plus le chiffre est élevé, plus il oscille dans des limites considérables.

L'auteur conclut que les défauts de la séro-réaction de Bordet-Wassermann sont partiellement corrigés par les modifications de Sormani, Boas, Kaupp, Bauer, Hecht. La réaction de Vernes a un côté positif consistant en la standardisation de l'extrait alcoolique et la préparation de l'émulsion colloïdale. La seringue-rhéomètre est également un instrument excellent facilitant le travail. La réaction de Vernes ne peut encore être utilisée indépendamment de la réaction de Bordet-Wassermann, elle doit lui être associée, car ce n'est que la combinaison de plusieurs séro-réactions qui peut garantir une réponse juste sur l'état du sérum examiné.

BERMANN.

Sur les inflammations blennorragiques isolées de quelques portions des voies séminales, par I. A. MOTORNOFF (Odessa). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 2, février 1931, pp 157-166.

L'auteur procède à une étude détaillée des complications causées par la blennorragie dans les voies spermatiques. Il considère les particularités anatomiques, physiologiques et histologiques de ces parties à l'état normal et pathologique.

Se basant sur les données bibliographiques et 4 cas de funiculite et

déférentite isolées rencontrées parmi 280 cas d'inflammation blennorragique des voies excrétrices du sperme, l'auteur arrive aux conclusions suivantes : l'inflammation isolée d'une portion des voies séminales est en réalité tout à fait possible, aucune d'elles n'est à l'abri de cette complication cependant rare. Les voies de pénétration de l'infection des voies spermatiques sont différentes pour chaque cas, la propagation se fait par continuité, par antipéristaltisme ou par voie métastatique ; tous ces modes sont possibles. La déférentite isolée peut s'expliquer aussi par des causes d'ordre mécanique (bouchon épithélial, rétrécissement). La fréquence de ces affections blennorragiques isolées est de 1,4 o/o par rapport au nombre d'épididymites d'après les données de l'auteur. Au point de vue pratique, la connaissance des inflammations isolées des voies séminales dont l'étude doit encore être poursuivie, montre qu'elles peuvent engendrer une azoospermie avec état normal des testicules et épididymes.
BERMANN.

Contribution à l'abortion de la syphilis, par A. P. JORDAN (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 2, février 1931, pp. 167-172.

Après quelques considérations sur la notion d'abortion de la syphilis, l'auteur se prononce sur ce terme qu'il conserve et sépare de celui de traitement précoce. L'abortion de la syphilis doit être examinée du triple point de vue : 1) est-elle nuisible ? 2) est-elle profitable ? et 3) comment la conduire ? Les observations personnelles de l'auteur sont trop peu nombreuses, ainsi que celles de sa clinique (42 sur 81 cas de chancre dur, en ces 3 dernières années), c'est pourquoi les conclusions doivent être établies principalement sur les données bibliographiques. Les voici :

Le traitement abortif n'est pas nuisible. L'auteur qui a employé les doses faibles de néo n'a enregistré qu'un seul cas de neuro-récidive sous forme de méningite syphilitique précoce au bout d'un mois après l'abortion. Ce sujet a guéri et se porte bien, l'observation dure depuis 7 ans. En cas d'insuccès du traitement abortif à cause de la négligence des malades, l'évolution de la syphilis n'était pas plus grave chez eux que chez d'autres. Ils ont des récidives cliniques et sérologiques, mais pas d'accidents cutanés tertiaires, la bibliographie n'en parle pas. L'abortion ne prédispose nullement aux accidents nerveux ou cardio-vasculaires tardifs.

L'abortion réussit, mais pas toujours. Elle est profitable aux malades. Sur 31 cas d'abortion, l'auteur a observé 11 cas de récidives cliniques et sérologiques, le traitement ayant toujours été fait par de faibles doses de néo. Le succès de l'abortion est prouvé par le nombre croissant des réinfections et la diminution des formes contagieuses de la syphilis. Le traitement abortif doit être mixte, néo-bismuthique ou néo-mercuriel. Le mode et l'ordre des injections arsenicales et autres ne jouent aucun rôle, en somme. L'abortion par le néo seul est insuffisante, il faut l'associer à d'autres agents. Il n'est pas besoin de recourir aux doses

élevées de néo, car les doses faibles atteignent le même but. Le néo doit être administré à la dose totale de 5 grammes pour les hommes et 4 grammes pour les femmes. En plus, on doit faire 20 injections de bismuth ou de sublimé par cure, à raison de 3 par semaine (2 grammes de bismuth ou de sublimé à 2 o/o à chaque dose). Les cures doivent être au nombre de 3 au moins et faites durant une année au plus. L'intervalle entre la première et la deuxième cure doit être de 1 mois, entre la deuxième et troisième cure, de 2 mois.

L'abortion ne peut être entreprise qu'à l'époque séro-négative du chancre dur avant que les adénopathies ne s'installent, donc 3 à 4 semaines après le coït infectant, lorsque l'accident primaire ne date que de quelques jours seulement. L'abortion réussit mieux chez le malade jeune (20 à 30 ans) que chez le malade âgé. BERMANN.

De l'emploi dans l'impuissance de la solution stérile des sels inorganiques du sérum normal de l'homme, d'après Trunecek, par M. S. ALEXANDROFF (Kharkov). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, n° 2, février 1931, pp. 173-175.

L'auteur a traité 5 cas d'impuissance atonique chez des sujets ayant dépassé la quarantaine et dont les érections étaient insuffisantes pour leur permettre un rapport sexuel. Tous ont eu la blennorragie dans la jeunesse, mais n'en gardent aucun signe clinique, bactériologique ou endoscopique. Pas de syphilis, ni de tuberculose dans l'anamnèse.

Dès les premières injections intrafessières, les érections s'amélioraient ; à la fin du traitement comprenant de 20 à 40 injections, les malades se sentaient fort bien et avaient en moyenne 2 coïts par semaine. La guérison se maintenait durant les 4 à 12 mois que les malades étaient en observation. Dans un cas où la puissance virile a recommencé à fléchir, une deuxième cure a rétabli la capacité sexuelle.

En outre, l'auteur a traité 3 cas d'impuissance psychique chez des jeunes gens de 25 à 27 ans indemnes de tuberculose et de maladies vénériennes. L'érection cessait soit immédiatement avant ou pendant le coït. Une série de 20 à 30 piqûres venait à bout de ce défaut et les sujets pouvaient avoir des coïts normaux.

Le traitement n'a entraîné aucune réaction et est bien supporté. L'injection intrafessière doit se faire très lentement, le sérum doit être chauffé préalablement ; la dose initiale est de 0 cc. 50, puis l'on administre soit 1 centimètre cube tous les jours, soit 2 centimètres cubes tous les deux jours.

L'auteur signale seulement ses observations encore peu nombreuses, mais n'en tire encore aucune conclusion, en attendant l'accumulation des cas analogues. BERMANN.

Un cas de porokératose de Mibelli, par I. A. LÉVINE (Nijni-Novgorod). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t IX, n° 2, février 1931, pp. 176-178.

Après un aperçu bibliographique sur la porokératose de Mibelli, l'auteur en rapporte un cas personnel.

Il s'agit d'un jeune paysan de 21 ans, issu d'une famille saine. Son affection cutanée a débuté à l'âge de 8 ans sous forme de petites verrues localisées aux mains ; peu à peu et malgré divers traitements, la maladie s'étendait.

Le malade ne présente rien de particulier au point de vue général, sauf les réflexes rotuliens vifs. Sa maladie cutanée occupe le front, les joues, le menton, la partie supérieure du cou, la partie dorsale des mains et des pieds, les parties antérieures des avant-bras et des jambes, les lombes et les fesses. Elle se présente sous l'aspect de macules ovales ou polycycliques d'une dimension allant de celle d'un grain de mil à celle d'une pièce de 50 centimes, à centre déprimé rose pâle et à périphérie surélevée composée de nodules surmontés de squames cornées. Le processus est plus prononcé aux mains et aux pieds, où la périphérie des taches est fortement cornée. Les éléments sont hypersensibles à la douleur. La biopsie montre une prolifération de la couche transparente qui, en gagnant la profondeur, en déloge les cellules de la couche granuleuse ; ces proliférations ne sont liées ni aux follicules, ni aux glandes sudoripares.

Le traitement local et général, appliqué au malade, n'a pas modifié son éruption. Le malade a été réformé du service militaire.

BERMANN.

La physiologie du dermographisme élevé, par J. S. MUHLMANN (Tachkent). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, nos 2 et 3, février et mars 1931, 16 pages.

L'auteur fait une étude très intéressante de la question, en se basant sur les données bibliographiques et des recherches personnelles.

Le dermographisme élevé se compose des trois moments suivants : rougeur initiale, papule et bourrelet rouge entourant la papule. Les dermographismes s'expliquaient au début par l'antagonisme des nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs traduisant un état névro ou psycho-pathologique du sujet. Or, l'observation multiple et attentive démontre que le dermographisme n'est pas un symptôme pathologique démontrant un type ou une constitution particulière. Le dermographisme est un phénomène physiologique pouvant s'observer chez tout sujet sous toutes ses formes, rouge, blanc et élevé, à condition de choisir un irritant correspondant. Les nerfs vaso-dilatateurs et vaso-constricteurs ne jouent pas un rôle essentiel ni nécessaire dans la production du dermographisme élevé dont le temps de latence se mesure par des minutes et non des secondes. La participation du système nerveux central et périphérique n'est pas indispensable non plus, car le dermographisme s'observe dans les cas de paralysie périphérique, de lésion de la moelle épinière, de lèpre anesthésique, d'anesthésie locale, etc.

L'élevure ortiée peut se faire indépendamment de la dilatation des capillaires, car elle ne se forme pas aux endroits ventousés ni au-des-

sous de ligatures où les vaisseaux sont dilatés. Les expériences ont établi que l'organe autonome où siège le dermographisme élevé est le vaisseau dont la réaction consiste en une augmentation de la perméabilité des parois et ne dépend pas de la vaso-dilatation. Les expériences de l'auteur le prouvent également. Il a injecté dans la veine, à 10 personnes, 5 à 7 centimètres cubes de trypaflavine. Normalement, cette substance ne traverse pas les parois des capillaires. Mais si l'on provoque par irritation une papule ortiée, elle les traverse et l'élevure devient jaune, tandis que la peau normale garde sa teinte habituelle. Cette couleur jaune peut persister 24, 48 et même 72 heures et se voit mieux, si l'on tend la peau. Les papules formées plus de 15 minutes avant l'injection intraveineuse ne sont pas colorées, tandis que celles qui se sont produites avant cet intervalle deviennent jaunes. Ces recherches, ainsi que d'autres faites par des physiologistes, prouvent que le dermographisme qui consiste en une vaso-dilatation et un œdème résulte d'une action réciproque ou d'un antagonisme de la pression capillaire du sang et de la pression oncotique des colloïdes du sérum. C'est le trouble de l'équilibre de ces deux facteurs qui renforce la perméabilité des capillaires et qui laisse passer les colorants injectés. Le dermographisme qui est une réaction vasculaire aux irritants divers se fait non pas par réflexe neuronique, mais par réaction hormonale, l'irritant produisant d'abord une substance excitante qui agit ensuite sur les vaisseaux. Le dermographisme élevé ne se forme pas, si l'on irrite la peau au-dessous d'une ligature. Si la ligature est desserrée, en moins de 15 minutes, le phénomène de dermographisme se produit. Si la papule est produite et si on met la ligature après, elle se maintient plus longtemps. Il y a donc des substances qui servent d'intermédiaire entre l'irritation et la réaction. Ces substances doivent être analogues à l'histamine dont l'injection intracutanée reproduit fidèlement tous les stades du dermographisme élevé. Bermann.

Contribution à l'infection symbiotique dans les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme, par A. N. Araviysky et A. J. Boulwakhtère (Tomsk). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 3, mars 1931, pp. 241-255, avec 4 photographies et 9 microphotogrammes.

Les auteurs décrivent 5 cas personnels de nodosités juxta-articulaires observés chez des sujets n'ayant jamais quitté la Sibérie, 3 hommes et 2 femmes.

Le premier cas a trait à un paysan de 42 ans, niant la syphilis, mais avouant un « chancre mou » il y a 12 ans. Il présente actuellement 3 nodosités dures et indolores situées près du grand trochanter gauche. Dans le voisinage des nodosités, on trouve des ulcérations purulentes et indolores. A l'aîne gauche, on constate une cicatrice de bubon, au prépuce une perforation. Romberg. Bordet-Wassermann positif dans le sang. Le traitement spécifique mixte cicatrise les gommes ulcérées et fait disparaître 2 nodosités juxta-articulaires, la plus grosse n'a fait que diminuer.

Le deuxième cas concerne une paysanne de 21 ans, mariée, mère d'un enfant sain et présentant des gommes ulcérées de la cuisse, de la jambe et du coude gauches, ainsi que des nodosités aux mêmes endroits et une arthrite du genou gauche. Le traitement spécifique mixte produit une cicatrisation des gommes et une diminution notable des nodosités juxta-articulaires du membre inférieur, celui du coude s'étant complètement résorbé.

Le troisième cas est relatif à un paysan de 36 ans ayant eu il y a 10 ans un chancre syphilitique traité par 2 cures seulement. Brusquement, il est atteint à présent d'hémiplégie gauche, de parésie du facial gauche, de dysarthrie, avec Babinski et clonus du pied gauche. En même temps, le malade est porteur de syphilides tuberculeuses du coude droit au voisinage duquel on trouve en plus une nodosité indolore et mobile. Le traitement spécifique guérit les accidents cutanés, la dysarthrie et la paralysie presque totalement.

Dans le quatrième cas, il s'agit d'une paysanne de 54 ans, ayant une deuxième récidive d'iritis plastique avec atrésie de la pupille. Près du genou droit on constate 3 nodosités indolores. Sur la peau de la jambe droite on trouve une syphilide tuberculeuse et gommeuse. Bordet-Wassermann positif. Le traitement spécifique améliore considérablement l'iritis, cicatrise les accidents cutanés et diminue notablement les nodosités juxta-articulaires.

Le cinquième cas se rapporte à un mineur de 55 ans ayant eu, il y a 26 ans, un chancre dur traité seulement par 3 injections. On trouve chez lui des nodosités dures, indolores, mobiles au sacrum, au coude gauche, aux deux genoux. Bordet-Wassermann positif. La thérapie spécifique produit une diminution notable de toutes les nodosités juxta-articulaires. Au point de vue histo-pathologique, les recherches des auteurs sont tout à fait originales et neuves. Ils ont étudié une nodosité de la région du coude extirpée par un chirurgien. La structure fut celle d'une gomme fibreuse, avec dureté cartilagineuse à la périphérie et ramollissement nécrotique au centre, avec couches fibreuse, hyaline et nécrotique. Pour l'étude de la flore de la nodosité juxta-articulaire, les auteurs se sont servis de la méthode de coloration d'après Bogolépoff.

La partie périphérique de la nodosité est la plus pauvre en flore. La lumière des quelques vaisseaux parcourant le tissu conjonctif séparant les faisceaux fibreux contient par places des petites formes rondes, coccoïdes et par places des filaires de diverses longueurs et se colorant différemment, une coloration intense alternant avec une coloration faible. Dans certains vaisseaux on trouve des filaires abondamment ramifiées. Le tissu cellulaire lâche, péri-vasculaire, renferme habituellement une flore coccoïde.

La zone hyaline montre, au milieu des faisceaux dégénérés, des bacilles ronds et fusiformes, ces derniers ayant chacun 2-4 grains se colorant facilement au violet de gentiane et rappelant les formes rondes ci-dessus mentionnées.

En allant vers le centre de la nodosité, on trouve des rangs de filaments courts et gros, fragmentés, se colorant d'une manière variable. A la limite de la zone nécrosée, on constate des éléments fuso-spirillaires situés près du liquide remplissant la cavité centrale de la nodosité. Parmi ces éléments on trouve des variétés, soit droites et fines, soit longues et ayant jusqu'à 6 tours de vis. Ces éléments sont flanqués de petits grains, tantôt aux extrémités, tantôt aux côtés.

La zone hyaline et nécrosée montre aussi des filaments spirillés s'imprégnant à l'argent.

Les masses centrales en forme de gelée ont été ensemencées sur le milieu de Sabouraud et l'agar glycériné à 5 o/o. Ce dernier milieu a montré des colonies petites, isolées, semi-transparentes, blanchâtres, du volume d'une tête d'épingle. Peu à peu, ces colonies ont atteint le volume d'une lentille. Les frottis de ces colonies décèlent des formes filariennes longues, tantôt homogènes, tantôt ramifiées. Ces éléments se coloraient alternativement faiblement et fortement. Il y avait aussi des formes streptobacillaires et « vides » où c'était la membrane surtout qui se colorait. A part les filaires, il y avait des gros bacilles ainsi qu'une ramification dichotomique et des épaississements en massue au bout (forme spirilloïde). Sur les milieux liquides il y avait plus de bacilles et moins de filaires.

L'inoculation intrapéritonéale à un cobaye de l'émulsion de colonie n'a donné aucun résultat durant 6 mois. L'inoculation sous-cutanée sous la peau de la patte d'un autre cobaye a produit une adénopathie inguinale. L'ensemencement du contenu de ces ganglions a fourni le développement des spirilles. L'adénite avait suppuré, le ramollissement rappelait la consistance de caillebotte. Un cobaye a montré après la mort une dégénérescence caséeuse des ganglions correspondants rappelant la tuberculose. Ces altérations siégeaient aux ganglions inguinaux, mésentériques, au foie, à la rate. L'étude de ces formes spirillaires continue encore. Le bacille de Koch n'a pas été trouvé. BERMANN.

Matériaux pour l'étude de la dermatite professionnelle des médecins dentistes en rapport avec la sensibilisation spécifique de leur peau par la novocaïne, par J. M. CHTCHERBAKOFF (Leningrad). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, no 3, mars 1931, pp. 257-266, avec 2 photographies.

Après quelques données bibliographiques, l'auteur décrit 2 cas de dermatite novocaïnique ou d'eczéma des dentistes.

Le premier cas concerne un médecin-dentiste de 56 ans exerçant sa profession depuis 30 ans. Depuis une demi-année, il souffre d'eczéma récidivant des mains et de furonculose. Il se sert de sublimé pour se laver les mains et de novocaïne lors de l'extraction des dents.

La dermatite est localisée aux deux mains, au poignet droit, aux deux jambes et à la face antérieure des deux cuisses. Elle se présente sous l'aspect de rougeur avec infiltration, légère desquamation, des éléments papulo-vésiculeux isolés et un suintement à la main droite. Prurit modéré. La face et les avant-bras sont couverts de furoncles.

Au point de vue général, le malade présente une sous-alimentation, une constipation habituelle, une dilatation cardiaque et une irritabilité avec insomnie.

Le second cas a trait à une femme dentiste âgée de 42 ans et exerçant cette profession depuis 17 ans. Depuis 6 mois, à la suite de l'usage de la novocaïne (auparavant elle se servait de cocaïne pour les extractions), la malade souffre d'eczéma récidivant des mains et de la face.

La dermatite se présente à la face sous forme de rougeur infiltrée et desquamante avec œdème palpébral ; aux mains, on note à part la rougeur, l'infiltration et la desquamation, une hyperkératose sous-unguéale, avec paronychies, matité et friabilité des ongles. Prurit modéré.

Au point de vue général, on trouve chez la malade de l'adiposité, la goutte et de la boulimie. Sang et urine, rien de particulier.

Les tests percutanés ont montré chez les 2 malades une sensibilité cutanée élevée à la novocaïne. L'addition de l'adrénaline aux anesthésiques n'influe pas visiblement la réaction cutanée.

Les tests intracutanés et sous-cutanés confirmèrent également que c'est la novocaïne qui produit une réaction beaucoup plus intense et durable que les autres anesthésiques. Toutes ces réactions ne donnaient aucune réaction focale.

A titre de variation des tests percutanés, l'auteur a fait, au dos des malades, des inscriptions à l'aide d'une baguette de bois imbibée des divers anesthésiques dérivés de la cocaïne. Les réactions consistaient en rougeur, tuméfaction, vésiculation et croûtes sur les places des mots ou chiffres inscrits. Les réactions ont toujours été plus intenses et plus durables avec la novocaïne.

L'épreuve avec la goutte coulante consistant à faire couler, puis à laisser sécher sur le dos une goutte de solution anesthésique provoquait également une rougeur et une vésiculation plus prononcées avec la novocaïne qu'avec d'autres substances.

Pour vérifier la réactivité cutanée et des muqueuses aux diverses régions, l'auteur a procédé partout à des inscriptions nombreuses avec la baguette de bois humectée de novocaïne-adrénaline à 2 o/o. La réaction a été positive partout, sauf à la plante du pied gauche. Elle a été la plus forte aux jambes, puis aux cuisses. Il faut noter que l'incubation des réactions cutanées analogues variait chez les malades de 24 à 72 heures.

L'auteur a fait également un transport de l'allergie passive.

Les malades ont guéri en 2 et 3 semaines par des pommades indifférentes. La désensibilisation spécifique n'a pas réussi chez le premier malade, mais elle a réussi chez la deuxième aux endroits soumis préalablement à l'action des rayons ultra-violets.

L'auteur conclut à l'existence de 2 types de dermatite novocaïnique : eczémateux ordinaire (premier cas) et hyperkératosique localisé aux extrémités des doigts et intéressant aussi les ongles (deuxième cas). La dermatite novocaïnique revêt nettement un caractère allergique. Vu

la certaine durée de l'incubation de la dermatite, il s'agit sûrement dans ces cas d'idiosyncrasie acquise. Les facteurs prédisposants seraient les troubles viscéraux, l'âge et la nationalité des malades (les 2 malades étaient des Juifs). Les épreuves percutanées et par l'inscription au moyen d'une baguette de bois imbibée du liquide expérimenté sont plus sensibles et nettes que les épreuves intra et sous-cutanées.

Bermann.

Contribution à la clinique et à l'étiologie de l'érythème polymorphe exsudatif, par A. J. Chirghinoff (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* t. IX, nº 3, mars 1931, pp. 266-272.

Après des données générales concernant l'érythème polymorphe, l'auteur passe à l'analyse du matériel de la Clinique Dermatologique de la IIe Université de Moscou.

Les observations embrassent 90 malades hospitalisés à la clinique au cours de 15 années (1914-1929). Ce petit nombre s'explique par le fait que la majorité des malades (335 cas en 12 ans) ont été traités en policlinique, tandis qu'à la clinique n'ont été soignés que les malades graves ou se trouvant dans de mauvaises conditions de logement. Au point de vue de la fréquence de la maladie, le nombre des malades a varié de 2 jusqu'à 12 par an. Il est curieux de noter que le chiffre de 12 a été enregistré en 1928, année fort froide et pluvieuse.

Quant à la répartition des malades d'après les saisons, c'est au printemps et en automne qu'on en observe le plus (35,5 o/o et 26,7 o/o), tandis qu'en été et en hiver on en observe moins (21,1 o/o et 16,7 o/o). Part rapport aux mois, c'est en mars et mai, ainsi qu'en septembre et octobre, qu'on constate le plus de malades.

Selon le sexe, l'auteur trouve 57,8 o/o d'hommes et 42,2 o/o de femmes.

D'après l'âge, les malades se répartissent ainsi : au-dessous de 10 ans, 2,2 o/o ; de 10 à 20 ans, 25,6 o/o ; de 20 à 30 ans, 24,4 o/o ; de 30 à 40 ans, 18,9 o/o ; de 40 à 50 ans, 17,8 o/o ; au-dessus de 50 ans, 11,1 o/o. L'âge adolescent et moyen sont donc les plus atteints.

Quant à la répartition des malades selon les professions, on constate que la majeure partie appartient aux ouvriers des fabriques et usines où l'on observe de grandes variations de température (forgerons, serruriers) ; puis viennent les journaliers qui travaillent le plus souvent dans la rue où ils subissent des influences atmosphériques diverses ; ensuite viennent les chômeurs et les étudiants, qui ne peuvent pas suffisamment, pour des raisons matérielles, se préserver des refroidissements. Finalement, viennent les ménagères et les employés dont les conditions de travail les exposent également aux variations thermiques. Il faut noter que les personnes aisées et ayant la possibilité matérielle de se soigner manquaient totalement parmi les cas étudiés.

Au point de vue de l'évolution, la maladie a été observée pour la première fois, dans 75 o/o ; pour la deuxième, 11,1 o/o ; pour la troi-

sième, 7,8 o/o ; pour la quatrième, 1,1 o/o ; et plus, 4,4 o/o. Ce n'est que chez 22,2 o/o des malades que les signes prodromiques manquaient. Chez 77,8 o/o, les phénomènes prodromiques consistaient en angine (11,5 o/o), en douleurs rhumatoïdes (35,6 o/o) et en symptômes grippaux (52,9 o/o). Les signes prodromiques duraient de quelques heures à quelques jours.

L'éruption débutait le plus souvent aux extrémités (74,44 o/o), à la face (10 o/o), au tronc (6,69 o/o), aux muqueuses (6,69 o/o).

La localisation était en somme la suivante : aux mains, 83,3 o/o ; aux pieds, 77,8 o/o ; au tronc, 33 o/o ; à la face, 28,9 o/o ; aux muqueuses, 31,1 o/o. Selon la forme, il n'y a que 31,1 o/o des cas qui étaient exclusivement maculeux, les autres étaient tous polymorphes. Le prurit n'a été accusé que dans 12,2 o/o des cas. Dans 11,1 o/o des cas, la maladie principale était accompagnée d'eczéma, de lupus érythémateux, de *pityriasis versicolor*, de zona, de dyshidrose.

Les malades ont, en outre, présenté à l'entrée dans le service, divers symptômes viscéraux : signes catarrhaux du côté du poumon, 20 o/o ; augmentation douloureuse du foie, 3,3 o/o ; souffles cardiaques, 10 o/o ; troubles gastro-intestinaux, 13,3 o/o ; néphrite hémorragique, 0,1 o/o. Or, il faut se souvenir que les malades sont entrés dans le service 7-10 jours après le début de leur affection.

Les troubles menstruels ont été observés dans 18,4 o/o des cas pour les femmes.

Il est intéressant de rapprocher les chiffres des malades ayant des voies respiratoires affaiblies par des affections antérieures (61,3 o/o) et ceux dont l'érythème polymorphe a débuté par des symptômes prodromiques du côté de l'appareil respiratoire supérieur (64,4 o/o=52,9 o/o+11,5 o/o).

L'examen des urines des malades n'a montré rien de particulier, ainsi que celui du sang, sauf quelques cas de leucocytose ou de lymphopénie.

L'histologie a montré un exsudat intense envahissant les couches cutanées profondes et y présentant une légère infiltration péri-vasculaire à cellules rondes. Les recherches bactérioscopiques et bactériologiques sont restées négatives.

La durée moyenne de la maladie a été de 4-5 semaines. La thérapie consistait en séjour au lit, antithermiques, cardiotoniques et pommades indifférentes. L'auteur arrive aux conclusions suivantes : l'érythème polymorphe est une maladie infectieuse aiguë autonome (opinion exprimée par Lortat-Jacob au IVe Congrès Dermatologique des médecins de langue française), quoique le virus n'en soit pas encore découvert. Les influences atmosphériques jouent indiscutablement un grand rôle dans l'éclosion saisonnière de l'érythème polymorphe. La maladie frappe principalement les sujets qui, pour des raisons matérielles et sociales, n'ont pas les moyens de se préserver contre les intempéries, le froid, la pluie, etc. Les affections antérieures créent une prédisposition à l'éry-

thème polymorphe, surtout les affections des voies respiratoires, ce qui laisse supposer que ce sont les voies respiratoires supérieures qui servent de porte d'entrée. BERMANN.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

La structure de la jonction de l'épiderme et du derme. (The structure of the junction of the epidermis and the corium), par SZODORAY. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 820, 5 fig.

Trois sortes d'éléments constituent la jonction entre le derme et l'épiderme : des éléments épithéliaux, issus des cellules basales, un réseau de fines fibrilles conjonctives et des fibres élastiques issues du derme.

S. a coloré ses coupes suivant la technique de Bielchowsky-Maresch (imprégnation argentique), puis, après les avoir passé à la fuchsine acide, les a soumises à un mordançage de deux heures dans une solution à 1 o/o l'acide phosphomolybdique. Cette technique colore les éléments épithéliaux en rouge, les fibres conjonctives en noir ; les éléments élastiques ont été colorés à l'orcéine de Tanzer puis passés à la fuchsine et à l'acide phosphomolybdique comme précédemment.

Les microphotographies de ces préparations montrent nettement l'enchevêtrement des prolongements épithéliaux flagelliformes avec les fibrilles du réseau conjonctif du derme qui s'insinuent entre eux comme feraient les poils de deux brosses accolées. Les fibres élastiques du derme envoient elles aussi de fines ramifications verticales dans la couche basale.

Les connections dermo-épidermiques sont donc multiples et expliquent les faits physiologiques. S. FERNET.

La conception clinique de la réinfection dans la syphilis (The clinical concept of reinfection in syphilis), par STOKES. SCHOCH et IRELAND. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 829.

S. et I. citent quatre cas de réinfection syphilitique qu'ils considèrent cependant comme douteux car, de même que tous les cas publiés, ils ne remplissent pas toutes les conditions exigées pour pouvoir indiscutablement affirmer la réinfection. Ces conditions sont les suivantes :

1° Le diagnostic de la première infection doit être indiscutable : incubation normale, présence de tréponèmes, adénopathie satellite, Bordet-Wassermann positif du 10e au 15e jour.

2° Le traitement de la première infection doit avoir été intensif (au moins 20 injections d'As et autant d'un métal lourd) ; il doit avoir fait disparaître toutes les lésions et négativé le Bordet-Wassermann.

3° Ce traitement doit avoir été suivi d'une période asymptomatique et séro-négative d'au moins deux ans, ceci parce que d'après les statistiques les récidives se produisent dans la grande majorité des cas au cours des deux années qui suivent l'interruption du traitement.

4° Les preuves de la guérison doivent être complètes : sérologie et

cytologie du liquide céphalo-rachidien négatives et négativité sérologique complète après réactivation.

5° Au moment de la deuxième infection, la réalité d'un contact infectant doit être confirmée par la confrontation.

6° La deuxième lésion initiale doit être indiscutable : incubation normale ; présence de tréponèmes, d'une adénopathie satellite, sérologie d'abord négative puis positive dans les délais normaux. De plus, le second chancre doit siéger à un endroit différent du premier et mieux encore, sur un autre territoire lymphatique.

7° Les deux infections doivent avoir été constatées par le même médecin ou par deux médecins dont la compétence est indiscutable.

Étant données ces conditions, il n'est pas possible de se prononcer si, dans les cas publiés jusqu'à présent et dans les quatre cas qui font l'objet de cet article, il s'agit de récidives, de superinfection ou de réinfection. S. FERNET.

L'immunité syphilitique au point de vue humoral (The humoral aspects of immunity to syphilis), par KLAUDER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 884.

Dans une série d'expériences sur les lapins, K. démontre tout d'abord que l'immunité syphilitique n'est pas humorale : le sérum des syphilitiques n'a aucune action thérapeutique sur la syphilis du lapin et, mélangé à une suspension tréponémique, n'en diminue pas la virulence pour l'animal.

L'immunité syphilitique paraît donc être tissulaire et en rapport direct avec la charge lipoïdique des cellules. C'est en particulier au cholestérol et aux lécithines qu'on attribue des facultés immunisantes.

Il est possible de provoquer artificiellement des réactions de Bordet-Wassermann positives chez des lapins non syphilitiques en leur injectant des lipoïdes : cholestérol additionné de sérum de porc ou extrait alcoolique de testicule de lapin avec sérum de porc. Ces animaux possèdent alors des anticorps lipoïdiques, dont la présence est révélée par le Bordet-Wassermann positif dans le sang. Ils devraient, d'après les notions mentionnées, être immunisés contre la syphilis. Mais les expériences de K. ne le confirment pas : toutes les inoculations de tréponèmes ont été positives chez eux dans les délais normaux.

L'immunité syphilitique relève d'un processus bien plus complexe que la notion simpliste des anticorps lipoïdiques.

S. FERNET.

La vaccino-thérapie intraveineuse dans les infections staphylococciques (Intravenous vaccine therapy in staphylococcic infections), par CLAWSON et ALLEN. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 894.

A la suite d'expériences faites sur des animaux et sur des malades, C. et A. déclarent que seule l'injection intraveineuse de vaccin sta-

phylococcique est capable d'enrayer les manifestations récidivantes de la staphylococcie et que l'injection sous-cutanée non seulement ne désensibilise pas mais contribue à provoquer des lésions nouvelles.

S. FERNET.

Amyloïdose locale de la peau (Local amyloidosis of the skin), par WINER. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, nº 5, mai 1931, p. 866, 3 fig.

Il n'existait pas jusqu'à présent de description clinique de l'amyloïdose cutanée, car les rares cas décrits paraissent avoir été assez différents. W. tente cependant d'en faire un tableau d'ensemble et décrit un cas observé personnellement.

Sauf un cas évoluant chez un enfant de 2 ans, tous les autres ont été observés entre 20 et 60 ans, indifféremment dans les deux sexes. L'affection est d'allure chronique et reste stationnaire pendant des années ; elle siège de préférence sur les faces d'extension des membres et respecte les régions articulaires. Elle s'accompagne d'un prurit intense. L'aspect clinique est analogue à celui du lichen plan ou du lichen simplex chronique de Vidal : la région atteinte est épaissie et parsemée de papules brillantes, dures, hémisphériques, dont le caractère particulier est d'être plus ou moins transparentes ; lorsque la translucidité est très marquée, ces papules peuvent simuler des vésicules. Le degré de cette transparence dépend de la quantité de substance amyloïde déposée et de l'épaisseur de la couche épidermique qui la recouvre.

L'aspect histologique est toujours identique : la substance amyloïde forme des dépôts homogènes dans les papilles du derme, directement au-dessous de l'épiderme dont elle est toujours séparée par une couche fine de tissu conjonctif. L'épiderme réagit par une légère hyperkératose sans parakératose. La réaction dermique est peu prononcée et se limite à une légère infiltration surtout périvasculaire de lymphocytes, de quelques polynucléaires et plasmocytes, au voisinage des dépôts amyloïdes. La nature de ces dépôts est révélée par leur affinité pour certains colorants : le van Gieson les colore en jaune, le violet de gentiane, en rouge métachromatique.

Le cas personnel de W. évoluait depuis 7 ans à la jambe d'un homme de 65 ans qui ne présentait aucun signe de dégénérescence amyloïde des viscères. Au-dessous du mollet, se trouvait un placard livide, épaissi, parsemé de nombreux nodules jaune brunâtre, hémisphériques, durs, légèrement translucides. Le prurit était intense.

La pathogénie de cette dermatose qui, le plus souvent, évolue individuellement, est inconnue. Il semble bien que l'infiltration amyloïde de la couche papillaire, siège du métabolisme dermo-épidermique, constitue le fait primitif et que l'hyperkératose et l'infiltration lui sont secondaires.

Aucun traitement n'a été proposé jusqu'à présent.

S. FERNET.

Lupus érythémateux ; traitement par les sels d'or (Lupus erythematosus ; treatment with gold preparations), par Rutledge. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 874.

Sur 56 cas de lupus érythémateux, 9 ont été très améliorés, 21 légèrement améliorés.

Cinq lupus vulgaires sont restés inchangés malgré des traitements de 5 à 25 injections de sel d'or. Un lupus miliaire récent, chez un homme jeune, a guéri totalement.

Trois cas de tuberculides papulo-nécrotiques ont guéri pendant le traitement mais ont récidivé un mois après sa cessation.

Un cas d'érythème induré a été guéri, 6 améliorés.

Les sarcoïdes hypodermiques n'ont pas réagi au traitement.

S. Fernet.

Tularémie (Tularemia), par Belote. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIII, n° 5, mai 1931, p. 926, 7 fig.

La tularémie, maladie infectieuse du lapin sauvage, peut se transmettre à l'homme et quelques centaines de cas de tularémie humaine ont été signalés en Amérique, au Japon et en Russie.

L'agent pathogène, le *B. tularensis*, peut être transmis directement à l'homme qui manipule des animaux malades ; la lésion initiale, véritable chancre d'inoculation, siège alors habituellement à la main et s'accompagne d'adénites du pli du coude et de l'aisselle ; elle siège assez fréquemment à la conjonctive ou en un point quelconque de la tête. D'autres localisations, aux jambes, au tronc, paraissent résulter d'inoculations indirectes dues à certains insectes.

Le cas observé par B. évoluait depuis cinq semaines chez un cultivateur qui avait fait acquisition de lapins d'élevage (espèce chinchilla). Tous ces animaux sont morts en l'espace de quelques jours et 8 à 10 jours après le malade présenta à la paroi abdominale une ulcération à fond purulent et nécrotique, à bords livides surélevés et infiltrés ainsi que des adénites suppurées de l'aîne et de l'aisselle. Il présentait une fièvre modérée, de l'amaigrissement, de l'anémie.

Le diagnostic de tularémie a été confirmé par le séro-diagnostic ; agglutination positive au 1/320 et par l'inoculation du pus à des cobayes qui succombèrent en 4 à 6 jours ; le foie et la rate de ces animaux étaient farcis de petits foyers nécrotiques caractéristiques de la maladie.

Il n'existe pas de traitement spécifique de cette maladie qui, d'ailleurs, chez l'homme, évolue spontanément vers la guérison en quelques semaines. Il est cependant nécessaire d'extirper les ganglions dont la suppuration se produit rapidement. Le séro-diagnostic au *B. tularensis* reste positif fort longtemps, peut-être même toujours.

S. Fernet.

The Urologic and cutaneous review (Saint-Louis).

Calcification cutanée ; étude du soi-disant « épithélioma calcifié » ; le nævus ossifiant (Cutaneous calcification with special reference to socalles « calcifies epithelioma » ; nevus ossificans), par Flarer (de Pavie). *The Urologic and cutaneous review*, mai 1931, p. 284.

Étude de deux cas d'épithélioma calcifié et discussion de leur nature. L'histo-pathologie de ces néoformations amène F. à nier leur nature épithéliomateuse et à les ranger dans le groupe des nævi adénomateux ou des adénomes sébacés ayant subi la calcification. Le terme d'épithélioma calcifié devrait être remplacé par celui de « nævus épithélial ossifiant ». S. Fernet.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Sur le traitement des eczémas, par M. Hans Merz. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 61e année, no 17, 1931, p. 405.

Selon les observations de l'auteur, les éléments constitutionnels jouent un rôle assez important dans l'étiologie des eczémas. La diathèse urique se fait remarquer tout spécialement sous ce rapport, si bien que le traitement avec des préparations dont la médecine interne se sert ordinairement contre le rhumatisme et la goutte donne souvent des résultats très satisfaisants. Pour ces raisons M. a, depuis des années, fait l'essai de traiter les eczémas des nourrissons avec les mêmes préparations. Le traitement externe fut réduit au minimum. De cette manière, l'auteur obtint de bons résultats même dans des cas graves qui, jusqu'alors, avaient résisté aux traitements externes les plus soigneux. La préparation avec laquelle M. réussit le mieux fut le « Novatophan », avec des doses de 0,5 par jour, soit après la première journée, de 0,75 à 1,0. Durée du traitement : quelques semaines jusqu'à plusieurs mois.

Les formes séborrhéiques des adolescents et des adultes sont une autre catégorie d'eczémas dont l'étiologie n'est pas encore mise au clair et qui résistent souvent à la thérapeutique externe. M. déduit de ses propres observations que la décomposition des molécules albumineuses dans le tube digestif y joue un rôle important, c'est-à-dire que le dédoublement des molécules albumineuses est retardé ou accéléré dans certaines phases de la décomposition. Lors de ces phases, il se forme des matières toxiques qui créent une prédisposition à la séborrhée ou qui même provoquent cet eczéma — probablement par voie endocrinienne. L'auteur a, par suite, fait des essais de traitement interne avec des matières qui divisent l'albumine. Comme préparation la plus favorable, il nomme l' « Acidol-Pepsin » qui, en partie, donna des résultats surprenants. Avec le traitement par ce médicament, accompagné d'un régime approprié, il s'en suivit, pour la plupart des cas, une amélioration remarquable. La guérison complète fut ensuite facilement obtenue par un traitement externe. Max Henri Welti (Berne).

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX

LE TRÉPONÈME DANS LES ADÉNOPATHIES SATELLITES D'ARTHROPATHIES TABÉTIQUES

Par M. FAURE-BEAULIEU et Melle C. BRUN.

Dans des publications antérieures (1) nous avons attiré l'attention sur un fait nouveau que, seuls ou en collaboration avec M. Etienne Bernard, nous avions constaté deux fois, dans des circonstances analogues. Chez des tabétiques porteurs d'ostéo-arthropathies coxo-fémorales et d'adénopathies inguinales satellites, l'examen microscopique de fragments prélevés par biopsies sur les ganglions atteints nous avait montré des lésions de vascularite spécifique, dont la nature se manifestait déjà par l'aspect des altérations histologiques, et dont la signature fut fournie par la présence de tréponèmes au voisinage des vaisseaux atteints.

Nous ne ferons que rappeler brièvement, au point de vue qui nous intéresse ici, l'histoire anatomo-clinique de ces deux cas.

Le premier concerne un vieillard de 69 ans, tabétique avéré, atteint d'une double coxo-arthropathie mutilante indolore, et d'une adénopathie inguinale également double et indolore, formant de chaque côté une masse grosse comme une orange, d'une dureté élastique.

L'examen histologique d'un fragment de cette masse ganglionnaire montra des lésions vasculaires typiques reproduites dans les figures de notre article de la *Presse Médicale* et de longues investigations mirent en évidence, dans la péri-artère d'un vaisseau intracapsulaire, un élé-

(1) M. Faure-Beaulieu et Et. Bernard. « Tabès avec ostéo-arthropathie et adénopathie satellite ; lésions vasculaires de celle-ci constatées par biopsie. *Soc. de Neurologie*, séance du 4 juillet 1929 ; M. Faure-Beaulieu et Mlle Brun. Un nouveau cas d'ostéo-arthropathie au cours du tabès avec réaction ganglionnaire riche en réactions vasculaires spécifiques. *Soc. de Neurologie*, séance du 6 février 1930 ; M. Faure-Beaulieu, Et. Bernard et Mlle Brun. Arthropathies tabétiques et adéno-syphilomes de voisinage. *Presse Médicale*, 2 avril 1930.

ment spiralé, à 9 spires régulières, fines et serrées, recourbé en équerre dont une des branches s'enfonçait verticalement dans la profondeur du tissu scléreux.

Le second cas concerne un tabétique de 40 ans, également atteint de coxo-arthropathie tabétique indolore et mutilante, mais unilatérale, avec réaction ganglionnaire dans le triangle de Scarpa correspondant, beaucoup plus discrète et qui aurait passé inaperçue n'eût été l'enseignement résultant pour nous du cas précédemment observé.

Ici encore nous fîmes un prélèvement et nous observâmes des lésions tout à fait comparables. La recherche du tréponème a, cette fois encore, été positive, mais les deux éléments trouvés, en bordure de deux capillaires, présentent quelques altérations morphologiques : l'un d'eux, replié sur lui-même, a l'aspect d'un ressort détendu, l'autre à spires fines et serrées paraît fragmenté.

*
* *

Depuis ces deux cas déjà publiés, il nous a été donné d'en observer un nouveau qui confirme de tous points les données précédentes.

Il s'agit d'un homme de 61 ans entré le 4 mai 1930 à l'Hôpital Saint-Antoine pour une crise gastrique très douloureuse qui venait d'éclater brusquement, après plusieurs autres qui s'étaient succédé depuis 3 ans sans aucun trouble dyspeptique dans l'intervalle.

L'allure de ces crises évoque par elle seule l'hypothèse de tabès, que vient confirmer l'examen neurologique. On retrouve en effet une riche symptomatologie tabétique : incoordination, signe de Romberg, abolition des réflexes tendineux des membres inférieurs, hypotonie musculaire, troubles des sphincters, pupilles inégales dont la droite seule réagit à la lumière (signe d'Argyll-Robertson unilatéral), etc.

Le genou gauche est considérablement augmenté de volume par la saillie noueuse, en sac de noix, des extrémités articulaires ; les mouvements de l'articulation sont limités et exempts de douleur. Cette affection articulaire est apparue il y a deux ans, sans aucune allure inflammatoire, et a progressé depuis lors jusqu'à la période actuelle, où elle semble fixée. Il est à noter que deux ans auparavant l'extrémité inférieure du fémur du même côté a été atteinte de fracture.

La région inguinale gauche est bourrée de ganglions d'une dureté élastique, mobiles sous la peau, sur l'aponévrose et les uns sur les autres de dimensions inégales allant de celle d'un haricot à celle d'une noisette. La région inguinale de l'autre côté ne décèle à la palpation que quelques minuscules ganglions comme il est banal d'en constater, de sorte que le contraste entre les deux groupes ganglionnaires est flagrant, et que la polyadénite gauche semble bien le reflet de l'affection du genou.

Le tableau histologique est identique à celui que présentaient les deux cas antérieurement rapportés : l'examen des coupes au faible grossissement montre une masse lymphoïde noyée dans un tissu scléreux dense, présentant un envahissement vasculaire extrême.

A un plus fort grossissement la masse lymphoïde présente sur l'un de ses bords — convexe — la structure de la zone corticale du ganglion, remaniée, mais reconnaissable : la capsule, et les septa sont fortement sclérosés, les sinus capsulaires considérablement distendus, les amas folliculaires moins distincts mais encore visibles en certains points et disséminés au sein de cette nappe lymphoïde, on aperçoit une infinité de néo-capillaires coupés dans tous les sens et généralement entourés d'un manchon de cellules embryonnaires.

La formule cytologique correspond à celle des processus inflammatoires chroniques; dans le tissu lymphoïde proprement dit : abondance des plasmocytes — souvent acidophiles — hypertrophie des cellules conjonctives fixes; dans les sinus : présence de nombreuses hématies et de très nombreuses cellules endothéliales desquamées.

Au-dessous de cette bordure lymphoïde une plage de tissu conjonctif extrêmement dense occupe l'ancienne zone médullaire du ganglion. Dans ce tissu scléreux on aperçoit quelques rares traînées lymphoïdes et de très nombreux vaisseaux de toutes dimensions et de toutes formes qui présentent les lésions typiques de l'artérite syphilitique si minutieusement étudiées par Darier.

Ces lésions frappent les trois tuniques mais prédominent nettement sur l'endartère dont l'endothélium a disparu et qui apparaît considérablement épaissie par la prolifération des cellules fixes de la couche sous-endothéliale. Cette hyperplasie aboutit à la formation de végétations et de bourgeons pariétaux d'où résulte l'oblitération partielle ou totale des lumières vasculaires.

La média paraît moins profondément atteinte; cependant on observe dans certains vaisseaux l'atrophie des fibres musculaires et des coupes traitées par l'orcéine montrent la dissociation et la fragmentation des fibres élastiques.

L'adventice est fortement sclérosée et infiltrée de lymphocytes et de cellules plasmatiques qui forment en certains points des amas nodulaires spécifiques au niveau desquels nous n'avons observé aucune dégénérescence gommeuse. Les vasa-vasorum eux-mêmes

portent la marque du processus morbide : quelquefois congestionnés, ectasiés, ils sont le plus souvent atteints d'endartérite oblitérante.

Ces lésions si caractéristiques de l'infection syphilitique et si

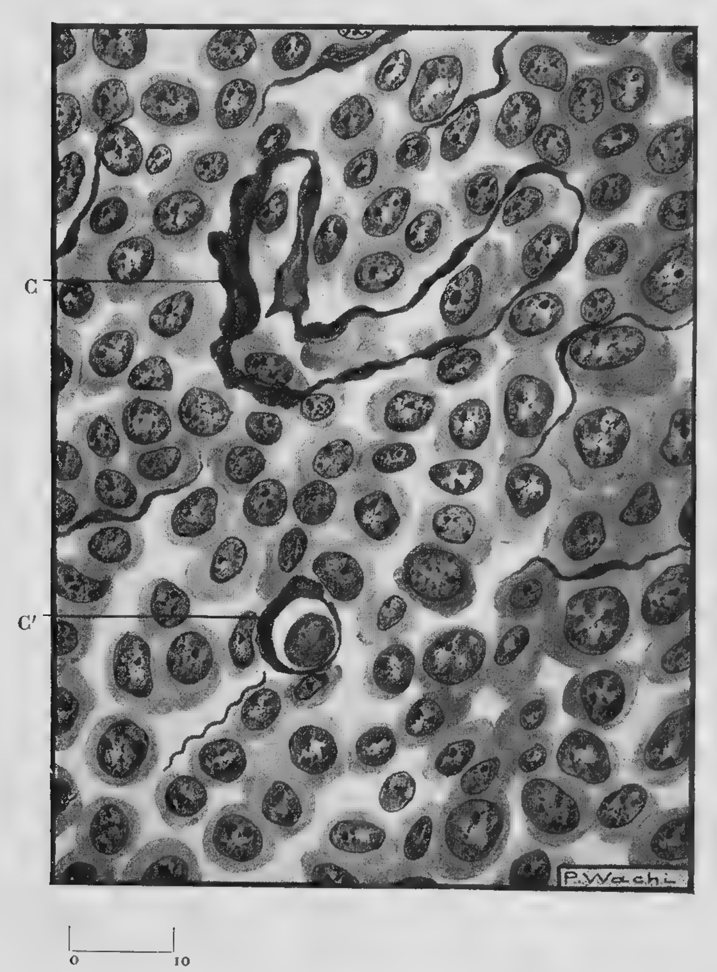


Fig. 1. — Zone corticale des ganglions C et C' capillaire.

semblables à celles des cas que nous avions précédemment étudiés, nous incitèrent à rechercher le tréponème responsable. La recherche fut, cette fois encore, longue et laborieuse : le parasite est extrê-

mement rare, de plus, essentiellement fragile comme tous les organismes spirales, il subit fréquemment une lyse qui le déforme et le fragmente ainsi qu'en témoignent les tronçons de 2 ou 3 spires qu'il n'est pas rare de rencontrer ; mais en multipliant les coupes nous avons trouvé un élément que le dessin ci-contre reproduit et qui, sans avoir la morphologie classique du tréponème s'en rapproche assez pour qu'on puisse le considérer soit comme une forme légèrement atypique du parasite, soit comme un élément dégénéré ou morphologiquement altéré par le traitemant brutal qu'exige la technique histologique.

La localisation du tréponème identique dans nos trois cas, nous semble intéressante à signaler. Nous l'avons tout d'abord recherché, mais en vain, au niveau des lésions vasculaires ; le parasite a laissé là des traces indélébiles de sa présence mais il a disparu.

C'est à la périphérie du ganglion, c'est-à-dire à proximité des voies d'apport de la lymphe que nous avons trouvé les tréponèmes observés ; ils étaient d'autre part, dans le voisinage immédiat, sinon en bordure même de néo-capillaires, ainsi que le montre notre dessin qui représente la coupe de deux capillaires et le tréponème dont une des extrémités se perd dans la gaine de l'un des vaisseaux.

*
* *

Ce cas vient compléter une série de trois cas tout à fait comparables, d'adénopathies satellites d'arthropathies tabétiques, où l'examen biopsique révèle des altérations vasculaires faisant la preuve de leur spécificité, non seulement par le tableau histo-pathologique, mais par la présence de tréponèmes que de longues et patientes recherches ont pu chaque fois, avec une netteté variable mais jamais aussi probante que dans le cas présent, mettre en évidence.

Lorsque nous avons publié nos descriptions antérieures de ces faits, nous n'avons insisté que sur leur portée neurologique, au point de vue de la conception qu'il y a lieu de se faire du mode de genèse des arthropathies du tabès.

Déjà en 1912, dans la thèse inaugurale de M. Barré (1) inspirée par M. Babinski, une voix s'était élevée contre le dogme, classique

(1) Barré. Les ostéo-arthropathies du tabès. *Thèse de Paris*, 1912.

depuis Charcot, de la nature tropho-neurotique des arthropathies du tabès; une conception nouvelle, appuyée sur des arguments cliniques (présence d'arthropathies analogues chez des syphilitiques non tabétiques) et anatomo-pathologiques (présence dans les pièces prélevées par autopsie de lésions des vaisseaux nourriciers des extrémités osseuses) se dégage ainsi, faisant de ces arthropathies des arthrites syphilitiques dont l'allure spéciale indolente et disloquante tient à l'hypotonie et à l'anesthésie profonde des tabétiques.

A cette conception encore controversée, MM. Lemierre, Léon Kindberg et P. N. Deschamps (1) sont venus en 1921 apporter une confirmation par leur description des arthropathies tabétiques aiguës à allure inflammatoire et phlegmoneuse; mais il s'agit là d'une forme tout à fait insolite.

Nos constatations, par une voie nouvelle, qui consiste à examiner histologiquement les adénopathies satellites prélevées du vivant du malade, apportent à la thèse syphilitique et non trophique des arthropathies du tabès un argument encore plus décisif, puisque nos recherches ont porté sur des faits ressortissant à la forme chronique banale, indolente et mutilante.

Sans insister davantage sur ce côté de la question, que nous avons développé ailleurs, il est indiqué à cette place de faire valoir que les faits que nous relatons ont aussi une portée d'ordre syphiligraphique, en contribuant à nos connaissances sur les rapports du tréponème avec les ganglions lymphatiques.

Dans la syphilis primaire, il est classique de considérer les ganglions satellites du chancre comme habités par le tréponème. C'est au point que sa recherche dans le suc ganglionnaire a pu être préconisée comme un procédé d'investigation précieux pour dépister précocement la syphilis dans les cas douteux (2).

Dans la syphilis secondaire la mise en évidence du parasite dans les adénopathies satellites d'accidents cutanéo-muqueux, toujours par le même procédé, donne un résultat moins constant (3).

(1) A. Lemierre, M. Léon-Kindberg et P. N. Deschamps. Les arthropathies tabétiques aiguës inflammatoires. *Gaz. des Hôp.*, n° 57, 19 et 21 juillet 1921, p. 901.

(2) Gougerot et P. Blain. Diagnostic de la syphilis par la ponction des ganglions et la recherche du tréponème dans le suc ganglionnaire. *Paris Médical*, 1er mars 1930.

(3) P. Boutteau. Le diagnostic précoce de la syphilis par la recherche du tréponème dans le suc de l'adénopathie primaire. *Thèse de Paris*, 1931.

Dans la syphilis tertiaire on est d'accord pour admettre qu'on ne trouve pas le tréponème dans les ganglions. Dans son étude récente, sur les réactions ganglionnaires de l'hérédo-syphilis (1), M. Bernheim (de Lyon) dit en effet : « Qu'il s'agisse de syphilis acquise tertiaire ou de syphilis héréditaire tardive, le tréponème n'a jamais été rencontré, à notre connaissance, dans les adénopathies », et confirme cette opinion par le résultat négatif de ses recherches personnelles, faites d'ailleurs non à l'aide de la ponction du suc ganglionnaire comme dans les travaux précités, mais par l'étude histologique de fragments biopsiés comme dans les nôtres.

Cette opinion nous semble devoir être soumise à une révision à la lumière des faits nouveaux ici exposés et qui ne tiennent pas à un hasard heureux et exceptionnel, puisque trois fois sur trois, nous les avons constatés. Il y aurait lieu de vérifier s'il ne s'agit pas là d'une loi générale en syphiligraphie, et si par exemple, les ganglions du médiastin au cours des aortites spécifiques n'hébergent pas également le tréponème. Peut-être même est-ce la persistance latente du parasite ainsi embusqué qui expliquerait les longs sommeils et les réveils de l'infection spécifique : conception déjà émise par d'autres (Virchow, Frühwald) et à laquelle nos constatations apportent une confirmation nouvelle en montrant dans la zone corticale des ganglions, à la période tertiaire, des tréponèmes situés au voisinage immédiat des capillaires.

(1) M. Bernheim Contribution à l'étude des réactions ganglionnaires au cours de l'hérédo syphilis tardive. *Thèse de Lyon*, 1928.

L'ACÉTATE DE THALLIUM DANS LE TRAITEMENT DES TEIGNES

Par A. MARTINS DE CASTRO
Médecin-adjoint de Dermatologie de l'Hôpital de la Santa Casa, Sao Paulo (Brésil).

Les cas de teignes du cuir chevelu se présentent très fréquemment chez nous, et, pendant longtemps, nous les avons traités tous par les moyens classiques : l'épilation par les rayons X, et, ceux qui s'y prêtaient, par l'épilation à la pince, suivie de l'application au cuir chevelu de divers médicaments antiparasitaires.

Rarement nous sommes resté content des résultats obtenus par l'un ou l'autre de ces moyens. Pour les rayons X, à cause de la difficulté d'envoyer les petits malades aux rares installations spécialisées existantes chez nous ; à cause aussi de la délicatesse de son emploi aux doses nécessaires pour l'épilation à l'abri d'accidents dangereux ; enfin, parce que l'épilation par les rayons X devient trop chère, ce qui n'est pas négligeable dans la pratique. D'autre part, pour les quelques cas où l'épilation à la pince était indiquée, suivie d'applications médicamenteuses sur le cuir chevelu, en raison de la longue durée du traitement, on se heurtait presque toujours à la négligence des parents. Pour toutes ces raisons, en très peu de cas nous pouvons affirmer avoir eu une thérapeutique réellement valable, comme dans les cas de ces trois sœurs, atteintes de microsporie, très bien guéries par l'épilation aux rayons X, grâce à la compétence du docteur Octavio de Carvalho (fig. 1).

Ce fut, donc, à défaut d'installations accessibles, surtout aux malades pauvres, que notre attention fut attirée par les nouvelles études faites sur un nouveau moyen d'épilation : l'administration, *per os*, de l'acétate de thallium, médicament dont les propriétés dépilatoires étaient déjà connues, mais tombé en désuétude.

Nous connaissions la tentative faite par Sabouraud, il y a plu-

sieurs années (1897), de l'emploi de ce sel pour guérir les teignes infantiles. Nous savions aussi, par lui-même, les échecs qui l'ont fait renoncer à ce traitement. *La vogue naissante de l'acétate de thallium fut arrêtée court par son action fâcheuse sur le système pileux* (Sabouraud R.).

Les études de ces dernières années (espagnoles, allemandes, russes, mexicaines, surtout) faites, soit au point de vue clinique, soit au point de vue expérimental, sur l'acétate de thallium obtenu chimiquement pur, employé en dosage rigoureux, nous ont décidé à l'essayer, nous aussi, dans le traitement de nos petits malades



Fig. 1. — Microsporie. Dépilation par les rayons X.

atteints de teigne. Nous ne nous sommes pas repentis, tels ont été les bons résultats que nous avons obtenus de son emploi.

Les cas de teigne que nous avons traités par l'acétate de thallium ne sont pas encore très nombreux. Ils montent à quatorze ; ce n'est presque rien en comparaison des statistiques étrangères, surtout mexicaines et russes, d'après ce qu'on voit dans le Mémoire récemment publié par J. B. Uruena. Bien qu'ils soient en petit nombre, ils nous permettent, cependant, d'avoir une opinion personnelle sur l'alopécie thallique et d'en tirer quelques conclusions au sujet de cette nouvelle méthode de traitement des teignes.

C'est donc les résultats que nous avons obtenus, qui feront l'objet de ce travail.

Nous poursuivons donc l'emploi de l'acétate de thallium dans la guérison des teignes et, outre cela, nous commençons une étude expérimentale, concernant l'action du thallium sur différents animaux, ce qui fera l'objet d'une autre publication.

Nous avons toujours administré à nos malades l'acétate de thallium chimiquement pur, en tablettes rigoureusement dosées, obtenu chez Kahlbaum, à la dose de 8 milligrammes par kilo, *poids nu*. Dans tous les cas aussi, ayant obtenu l'alopécie thallique, nous avons fait la désinfection du cuir chevelu, au moyen de médicaments usuels : teinture d'iode, pommade à l'huile de cade et turbith, glycérine phéniquée, etc.

Tous nos malades ont été soigneusement examinés au point de vue du fonctionnement de leurs organes, surtout des reins, avant l'administration du médicament.

Observations

Obs. I. — A. Mikotenas, 4 ans et demi, Lithuanien, malade il y a 4 mois. Il présente sur la région temporale droite une grande plaque irrégulièrement ronde, avec l'aspect d'une trichophytie, et en plus, une autre, de beaucoup plus petite, encore naissante, à la nuque. A l'examen microscopique, les cheveux se montrent envahis par un *Trichophyton endothrix*.

Culture : T. violaceum.

Traitement : Administration de *0,124* d'acétate de thallium, au matin, non à jeun, les pastilles diluées dans un quart de verre d'eau sucrée. Poids du corps : *15 1/2 kilogrammes.*

Le lendemain (*9 janvier 1928*) il revient au service. Il est bien portant, malgré que, au dire de sa mère, il ait eu des nausées quelques heures après l'ingestion du médicament. Sommeil tranquille. L'examen de l'urine de ce jour ne révéla ni albumine, ni cylindres.

Le 3e jour, l'enfant se plaint de douleurs faibles au niveau des articulations des genoux. Les douleurs ont disparu spontanément le même jour. Nous le voyons encore une semaine après avoir pris le médicament : il se porte bien. Début de chute des cheveux le 11e jour. Au 16e la chute était complète sans que le petit malade présentât, pendant toute cette période, aucun trouble digne de remarque. Le résultat thérapeutique a été complet. Nous l'avons revu 4 mois après. La repousse, qui commença le 22e jour, fut complète, aussi bien que la guérison de sa teigne.

Obs. II. — Il s'agit d'une fillette de 12 ans, Brésilienne, avec un favus ancien (8 ans) du cuir chevelu : des plaques alopéciques cicatricielles,

disséminées par-ci, par-là, sur le cuir chevelu ; d'autres avec des godets très typiques et des cheveux faviques ternes et cassants.

Traitement : Le 6 mars 1928, administration de *0,192* d'acétate de thallium. Poids nu : *24 kilogrammes.* Jusqu'au 9 mars, la petite malade se porte bien ; le 12, elle se plaint de quelques douleurs vagues aux cuisses et aux jambes, et qui ont persisté jusqu'aux deux jours suivants.

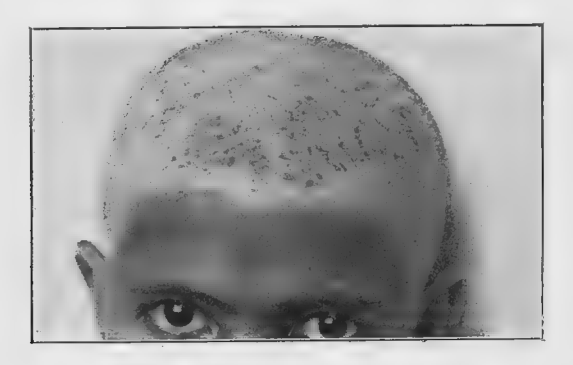


Fig. 2. — Favus ancien du cuir chevelu. Epilation par le thallium.



Fig. 3. — La même malade.

De plus, elle avait la mine triste, fatiguée. Disparition complète des douleurs, deux ou trois jours après. Début de chute des cheveux au 12[e] jour. Chute complète au 15[e] (Fig. 2 et 3). Repousse normale. Guérison.

Obs. III. — Il s'agit ici d'un cas de favus atypique à forme pityroïde. L. Card..., Brésilienne, père italien, 11 ans, malade il y a déjà 6 ans. Tout le cuir chevelu est envahi, même les bordures. De prime abord, on dirait qu'on était en présence d'un cas de séborrhée sèche, de teigne amiantacée... L'existence d'innombrables cheveux à couleur



Fig. 4. — Favus pityroïde.

grise, ternes, nous a donné la clef du vrai diagnostic (favus pityroïde) confirmé d'ailleurs par les examens de laboratoire. La tête se montrait couverte d'une couche de squames fines ou de croûtelles adhérentes, feuilletées, de couleur grisâtre ou jaunâtre ; les cheveux longs étaient encore abondants, ternes, et ils se cassaient aisément à la traction. Beaucoup d'entre eux traversaient les squames. On ne peut parler ici

de placards, en vue de l'extension de la maladie sur toute la surface du cuir chevelu (Fig. 4, 5, 6). Dès qu'on grattait une petite surface du cuir chevelu, elle se montrait humide et d'une couleur rouge vif et, d'après les mots justes de Sabouraud, *d'un rouge persistant, analogue à la couleur de fond des plaques psoriasiques.* Aucun godet, pas même miliaire.

Les cheveux se montraient abondamment envahis par le parasite, dont la disposition au dedans des cheveux était bien celle de l'*A. Schönleini* (Fig. 7 et 8). Les squames, elles aussi, se montraient richement parasitées : agglomérats mycéliens.



Fig. 5. — Favus pityroïde.

(La même malade).

Cultures : A. Schönleini (Fig. 10).

Après un examen soigneux des organes, surtout des reins, et sans qu'il y eût aucune contre-indication, la malade est mise au traitement.

Le poids de son corps était de *23 kg. 100 gr.* On lui administre *0,186* d'acétate de thallium, au matin, non à jeun.

Pendant les trois premiers jours après la médication, elle ne pré-

senta aucun signe d'intolérance. Ce n'est qu'au quatrième jour qu'elle se plaint de douleurs, ou, plutôt, d'une pesanteur aux régions rénales. Ce jour, l'examen d'urine révèle une quantité appréciable d'albumine, sans cylindrurie. Ce même jour, au soir, elle est prise, au surplus, de myalgies et de pseudo-rhumatisme thallique, dans les jambes.



Fig. 6. — Favus pityroïde.

(La même malade).

Toutes ces complications ont été accrues d'une diarrhée, pas très abondante, avec une selle rayée de sang. Ces troubles ne sont pas graves : ils disparaissent au 7e jour, sans l'aide d'aucune médication. Au 12e jour, commence la chute des cheveux, en si grande quantité que, au



Fig. 7. — Cheveu favique [la même malade] abondamment envahi par le parasite.
[Microphotographie : × 260].



Fig. 8. — *Idem. Idem.*

15ᵉ, elle n'avait pas un seul poil sur la tête (Fig. 9). Des brossages vifs ont aidé la chute des cheveux et des squames. La repousse est complète au 23ᵉ jour. Pas de récidive.

Lorsque l'épilation thallique fut complète, on badigeonna (deux fois par jour et pendant longtemps) le cuir chevelu avec de la teinture d'iode diluée, mélangée au chloroforme. (La Fig. 11 montre un cheveu favique, après l'administration du thallium. On voit bien l'action nulle du médicament sur le parasite.)



ig. 9. — La même malade de l'obs. III. Dépilation totale, après le 15ᵉ jour de l'administration de l'acétate de thallium.

Obs. IV. — Kalil. Saf..., Syrien, 3 ans et 7 mois. Teigne trichophytique du cuir chevelu (*T. violaceum*).

Mis au traitement le 14 mars, il ingère *0,120* d'acétate de thallium. Son poids était de *15 kilogrammes*.

Aucun accident digne d'être noté, jusqu'au début de la chute des cheveux qui a eu lieu au douzième jour. Dans ce cas nous avons noté

Fig. 10. — Cultures obtenues avec les cheveux de la même malade [Obs. III. *Achorion Schœnleini*. Milieu glycosé. A droite, forme réversible].





Fig. 11. — Action nulle du thallium sur le parasite : cheveu examiné le 14[e] jour après l'ingestion du thallium, lorsque l'alopécie était au maximum. [Microphotographie : × 260].

une cessation de l'alopécie, après le 15e jour. Nous craignions qu'elle fût définitive, mais, par contre, elle recommença au 19e jour, et a été presque complète au 22e. Elle respecta le limbe de la chevelure, où, d'ailleurs, il n'y avait aucune lésion trichophytique.

Repousse dans 25 jours. Pas de récidive.

Obs. V. — Ant. Urbano, Brésilien, 4 ans. Il est malade il y a une année, ayant à la tête quatre plaques de trichophytie. L'examen microscopique des cheveux montra qu'il s'agissait d'un *Trichophyton endothrix* que la culture montra être le *T. acuminatum.*

Poids du corps : *13 kilogrammes. 0,104 milligrammes* d'acétate de thallium.

Dès le premier jour après l'ingestion, au soir, il se plaint d'arthralgies aux deux genoux. Le jour suivant, une albuminurie très modérée, quantité indosable. Pas de cylindre.

Mis au traitement le 29 mars 1928, le 1er avril persistent les douleurs et survient une autre complication : diarrhée. Trois selles à la journée. Température sous-fébrile : 37°6. L'enfant est triste, fatigué. journée. Température sub-fébrile : 37°6. L'enfant est triste, fatigué. cesse la diarrhée, la température descend à 36°6. Pas d'appétit. Pas d'albumine. Tous les troubles disparaissent du 5 au 6 avril, et le petit malade redevient gai. Le 8, commence l'alopécie qui se fait sous forme de touffes abondantes, se laissant arracher facilement. Elle se poursuit et, déjà au bout de 13 jours après l'ingestion du thallium, la tête était tout à fait dénudée. L'alopécie s'est faite même dans une petite partie des deux queues des sourcils. Repousse au 25e jour. Après 4 mois, nous le revoyons. Il est guéri.

Obs. VI. — A. Fab..., 6 ans, malade il y a 5 mois. Quatre plaques de microsporie disséminées sur le cuir chevelu. Cheveux cassés au ras, enveloppés d'un manchon grisâtre.

Poids du corps : *18 kilogrammes.*

Ingestion de *0,144* de thallium.

Aucun trouble. Début de la chute des cheveux au 12e jour. Dépilation complète au 17e. Bonne repousse après le 27e jour.

Obs. VII. — M. Moraes, 2 ans 1/2, malade il y a 4 mois. Trois plaques de microsporie, au cuir chevelu (*M. felineum*).

Poids : *12 kgr. 500 gr.* Il a pris *0,100* du médicament. Le jour suivant, quelques symptômes abdominaux très légers.

L'alopécie a commencé au 10e jour après la médication. Un ou deux jours avant la chute des cheveux, nous avons noté une blépharite ciliaire, aux deux paupières, sans chute des cils, mais très traînante à guérir. Ce fut le seul cas où nous avons observé une telle complication. Repousse normale au 26e jour.

Obs. VIII. — D. A.., 2 ans 1/2. Microsporie du cuir chevelu.
Culture : M. felineum.

Poids du corps : *14 kilogrammes. 0,112 milligrammes* d'acétate de thallium. Début de l'alopécie le 15ᵉ jour, et l'épilation s'est faite avec intermittences. C'est seulement au bout de 23 jours qu'elle a été complète, excepté au limbe de la chevelure et à la nuque. Repousse au 30ᵉ jour.

Obs. IX. — A. A., 4 ans. Frère de la précédente. Microsporie du cuir chevelu, parasitisme récent (*M. felineum*). Quelques lésions de la peau glabre. Poids du corps : *15 kilogrammes.*

Il prend *0,120* de thallium.

Aucun trouble. Début de la chute des cheveux le 12ᵉ jour.

Alopécie totale au 16ᵉ, et repousse normale au 24ᵉ.

Obs. X. — R. Dias, 4 ans, malade il y a 6 mois. Trichophytie du cuir chevelu.

Culture : T. violaceum.

Poids du corps : *12 kgr. 500 gr.*

Dose de thallium : *0,100 milligrammes.*

Le jour suivant l'ingestion, le malade se montre fatigué, ne veut pas sortir du lit et se plaint de douleurs aux régions rénales. Un peu d'albumine dans les urines. Au soir, quelques vomissements aqueux, mélangés d'un peu de bile. Mal de tête, tachycardie légère. Deux jours après tout revient en ordre. Début de l'alopécie au 9ᵉ jour. Au 12ᵉ, elle était totale. Repousse au 22ᵉ jour.

Obs. XI. — Enid. D..., 4 ans. Microsporie du cuir chevelu et herpès circiné de la peau glabre. Une seule plaque à la région pariétale gauche ; la lésion cutanée siégeait à la région postérieure du cou.

Culture : M. felineum.

Poids nu : *14 kgr. 250 gr.*

Dose de thallium : *0,114 milligrammes.*

Aucun trouble. Début de l'alopécie au 13ᵉ jour ; elle est complète le 18ᵉ.

Repousse le 27ᵉ.

Obs. XII. — J. Bapt... Se présente à notre consultation le *28 mars 1930*, porteur de deux plaques, au cuir chevelu, et de trois lésions cutanées à la figure, à type herpès circiné.

9 ans. 25 kilogrammes.

Culture : M. felineum.

Dose de thallium : *0,200 milligrammes.*

Commencement de l'épilation au 10ᵉ jour. Elle est totale le 14ᵉ. Aucun trouble. Repousse au 29ᵉ jour.

Obs. XIII. — L. Bern..., 7 ans. Deux lésions au cuir chevelu, très inflammatoires, formant un relief sur la peau. Suppuration abondante.

Diagnostic : *Kérion.*

Examen des poils : ils se montrent richement parasités par un *T. ectothrix microïde.*

Culture : T. asteroïde.

Nous n'avions pas besoin, dans ce cas, d'administrer l'acétate de thallium, en vue de la guérison spontanée des lésions. Cependant, nous avons mis le malade au traitement par le thallium.

Poids du corps : *22 kilogrammes.*

Dose de thallium : *0,176 milligrammes.*

Début de l'alopécie le 11e jour. Elle est complète au 17e. Repousse au 27e jour.

Nous avons noté, aux premiers jours après l'ingestion du médicament, une remarquable exaspération du processus inflammatoire et, de plus, une grande quantité de lésions de folliculite, disséminées au cuir chevelu, au pourtour et au voisinage des deux kérions. Ceux-ci ont été guéris en temps normal, à l'aide de pansements au liquide de *Lugol,* et, aussi, les folliculites.

Obs. XIV. — M. Red..., Italienne, 12 ans, vient nous consulter à la fin du mois de février 1930.

Trichophytie du cuir chevelu et des ongles. Le parasite en cause était le *T. violaceum,* qu'ont montré les cultures. L'aspect malingre de la malade, une grande anémie due à une verminose intestinale (ankylostomose) et son poids, au-dessous du normal, en rapport avec sa taille et son âge, nous portèrent à lui administrer une dose d'acétate de thallium inférieure à 8 milligrammes par kilogramme. Donc, nous lui faisans prendre seulement *6 milligrammes* par kilogramme, dans un total de *0,138 milligrammes,* au lieu de *0,184* (son poids était de *23 kilogrammes*). L'alopécie commença le 11e jour, après l'ingestion du médicament, sans aucun trouble, mais elle s'est faite en aires très petites, et s'arrêta à la fin du 15e jour, incomplète. Nous ne voulûmes pas recommencer la médication. Ce fut seulement au mois d'août, à ce temps déjà guérie de sa verminose, et avec un très bon état général, que nous lui faisons prendre, à nouveau, l'acétate de thallium, aux doses habituelles. Ainsi, avec *29 kgr. 1/2,* elle prend *0,236 milligrammes.* Aucun trouble. Début de l'alopécie au 12e jour ; elle est complète au 17e. Repousse un peu retardée, presque quatre semaines après l'ingestion du médicament. Cependant, elle s'est bien faite. Au bout de trois mois, sa tête se montrait abondamment couverte de cheveux. Guérison.

Le tableau suivant résume nos 14 observations.

Nom	Sexe	Age	Poids, nu	Dose d'acétate de Thallium	Début de l'alopécie	Alopécie complète	Repousse	Résultats	Observations
A. M. .	♂	4 ans	15 kg. 500	0 gr. 124	11e jour	16e jour	22e jour	Guérison	Arthralgies.
	♀	12 »	24 kg. 00	0 gr. 192	12e »	15e »	19e »	»	Arthralgies, myalgies.
L. C. .	♀	11 »	23 kg. 100	0 gr. 186	12 »	15e »	23e »	»	Albuminurie, myalgies, pseudo-rhumatisme thallique.
K. S. .	♂	3 ans, 7 mois	15 kg. 00	0 gr. 120	12e »	19e »	25e »	»	L'alopécie a cessé le 13e jour, pour recommencer le 19e et finir le 22e. Pas d'alopécie au limbe de la chevelure.
A. U. .	♂	4 ans	13 kg. 00	0 gr. 104	11e »	13e »	25e »	»	Alopécie des queues des sourcils.
A. F. .	♂	6 »	18 kg. 00	0 gr. 144	12e »	17e »	27e »	»	Arthralgies, albuminurie légère. Troubles intestinaux.
M. M. .	♂	2 » 1/2	12 kg 500	0 gr. 100	10e »	19e »	26e »	»	Blépharite ciliaire.
D. A .	♀	2 » 1/2	14 kg. 00	0 gr. 112	15e »	23e »	30e »	»	Alopécie intermittente.
A. A. .	♂	4 »	15 kg. 00	0 gr. 120	12e »	16e »	24e »	»	
R. D. .	♂	4 »	12 kg. 500	0 gr. 100	9e »	12e »	22e »	»	Vomissements, tachycardie
E. D. .	♀	4 »	14 kg. 250	0 gr. 114	13e »	18e »	27e »	»	
J. B. .	♂	9 »	25 kg. 00	0 gr. 200	10e »	14e »	29e »	»	
L. B. .	♂	7 »	22 kg. 00	0 gr. 176	11e »	17e »	27e »	»	Exaspération des lésions. Lésions de folliculite.
M. R. .	♀	12 »	23 kg. 00	0 gr. 138 (0,006 p. kg.)	11e »	15e » Incomplète			Alopécie complète, 6 mois après le premier traitement.

Considérations.

D'après les 14 observations qui précèdent, on voit que tous les malades soumis au traitement thallique ont été radicalement guéris ; que le thallium prescrit par voie buccale, à la dose de *huit milligrammes par kilo de poids nu*, s'est montré capable de déterminer une alopécie totale, ou presque totale ; qu'à cette dose, les troubles qu'il a provoqués ne se montrèrent pas très importants ; que la dose ci-dessus est la dose *nécessaire* pour l'effet d'une chute complète des cheveux. La malade objet de l'observation XIV, à qui, vu son état général peu satisfaisant, nous avons donné le médicament en quantité plus petite, en rapport avec son poids, n'a pas eu une alopécie complète, généralisée. L'alopécie s'est faite *en aires.* Elle est devenue totale, après une deuxième administration du médicament, à une époque éloignée de la première, et aux doses normales, c'est-à-dire, en rapport avec son poids. D'une façon générale, les troubles qui accompagnent le traitement des teignes par le thallium, à la dose, aujourd'hui bien réglée, de *8 milligrammes*, entre nos mains, comme d'ailleurs entre celles d'autres, de *Cicero* surtout, ces troubles, nous semble-t-il, ne doivent pas laisser aux praticiens de doute sur l'emploi de ce médicament qui a déjà fait sa preuve, et qui se montre très précieux, surtout dans les milieux où manquent une installation de rayons X, ou des spécialistes qui connaissent bien les règles pour l'irradiation. Les accidents que nous avons observés ne diffèrent en rien des accidents déjà observés par d'autres. Les myalgies, les arthralgies, le pseudo-rhumatisme thallique, se montrent les plus constants ; viennent ensuite les phénomènes gastro-intestinaux de la diarrhée, des vomissements, des gastralgies, etc.

Une seule fois un malade a présenté une blépharite, sans conjonctivite. Quelques auteurs (A. Lourier, E. Zwitkis) ont observé cette complication, d'ailleurs bénigne et de courte durée. Il est bien vrai que, les auteurs ayant traité 500 malades teigneux, ils ont observé seulement 13 cas de conjonctivite accompagnée de blépharite. Il peut bien se faire qu'il s'agisse d'une coïncidence. Dans 14 cas, nous avons observé un cas de blépharite, sans conjonctivite. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une petite complication.

De beaucoup plus dignes d'attention sont les troubles rénaux : albuminurie, avec ou sans cylindrurie, néphrites, etc... Un examen soigneux de l'appareil rénal s'impose, avant et après l'administration du thallium. Il mettra les malades à l'abri de ces complications, au moins dans un grand nombre de cas. Quelques lésions cutanées ont été aussi observées, après l'administration du thallium, telles les éruptions lichéniformes. Girot et Mlle Braun rapportent l'observation d'un cas de névrite optique bilatérale isolée, chez un malade de 49 ans, à la suite de *frictions hebdomadaires et d'injections sous-cutanées d'une solution* d'un sel de thallium, *d'ailleurs sans aucune action sur le système pileux* (*Revue Neurologique*).

Dans cette observation, il reste évidemment le rapport de cause et effet, mais il ne s'agit pas d'une complication survenue aux doses habituellement administrées pour le traitement des teignes. De même, le cas de *Psychose épileptiforme, après acétate de thallium*, observé par Bachkievitch M., se prête à la même considération, c'est-à-dire qu'on est en présence d'une intoxication thallique dûe à une dose trop élevée. Le malade, atteint de favus, était un adulte de 20 ans. Il pesait 52 kilos et a ingéré 0,416 milligrammes d'acétate de thallium. Urueña écrit, en s'occupant du travail de l'auteur russe : ... *chez les adultes, on ne doit jamais dépasser la dose de 30 centigrammes de sel thallique; cette dose suffit parfaitement pour produire la dépilation, sans provoquer les accidents toxiques qui se présentent quand on conserve la relation entre le poids du sujet et la dose du médicament; cette proportion n'est valable que lorsqu'il s'agit d'enfants. C'est à cause de l'inobservation d'une règle si fondamentale, que la quantité du médicament absorbé a été toxique...*

Plus récemment (*Acta Dermato-Venereologica*, fasc. 5, 1930) le même auteur, dans un travail très documenté, en collaboration avec Trokoptchonk, A. J. et Chamchine W. (*Observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication, après l'emploi de thallium aceticum*) rapporte une série de cas de teignes, traités par l'acétate de thallium. De ces cas, 5 concernaient des adultes, et *tous les 5 ont donné de cruelles complications*, écrivent les auteurs. Urueña, a bien raison en déconseillant le traitement au thallium chez les adultes. Au delà de la puberté, l'usage du thallium est dangereux ; les adultes sont de beaucoup plus sensibles à l'action

du métal, que les enfants. Nous laisserons de côté, dans ce travail, l'énumération d'autres complications qui surviennent après l'usage du thallium, aussi bien que celle des lésions organiques qui ont été trouvées, après l'administration expérimentale de ce métal. Elles feront l'objet d'une prochaine publication.

Nous dirons quelques mots sur le mécanisme pathogénique de l'alopécie thallique.

Ici se pose la question la plus difficile. Comment agit le thallium ? A notre connaissance, parmi les diverses théories qui se sont proposées d'expliquer l'action alopéciante du thallium, aucune, jusqu'aujourd'hui, n'est tout à fait satisfaisante. Cependant, quelques-unes jouissent, ou ont joui, d'une certaine faveur. Naturellement, on supposa, d'abord, une action directe du métal sur la papille, ou sur le follicule pilleux. A cette opinion se rattache Truffi, son principal défenseur, parmi d'autres. Il arrive même à dire que les lésions pilaires et papillaires peuvent être constatées au microscope, et que ce sont des lésions de dégénérescence de la matrice, du follicule et du bulbe, et, encore, qu'on trouve le métal dans la peau des animaux qui ont absorbé du thaliium.

Les études longuement poursuivies par Buschke et ses élèves pour expliquer comment agit le thallium, ne donnent pas raison à Truffi, et, on peut dire, aujourd'hui deux théories se mettent en présence : l'une, qu'on dit la *théorie locale*, celle de Truffi ; l'autre, celle de Buschke, la *théorie générale*.

D'après celle-ci, l'alopécie thallique se fait en conséquence d'un trouble passager du système endocrino-sympathique. Dans les accidents consécutifs à l'intoxication par le thallium, il y a lieu de distinguer des accidents *non-spécifiques*, qu'on observe dans l'intoxication par n'importe quel métal, et des accidents *spécifiques*, dus au thallium.

Parmi ceux-ci, le plus important est la chute des poils dont l'innervation dépend du système nerveux sympathique ; ceux dont l'innervation dépend du système nerveux central ne subissent pas l'influence du thallium, et ne tombent pas. D'autres accidents thalliques, spécifiques, montrent bien, d'après Buschke, l'action du médicament, par l'intermédiaire du sympathique.

On ne peut pas, étant donnée la série importante des travaux expérimentaux de Buschke et de ses élèves, ne pas d'accepter, au

moins comme la plus vraisemblable, la théorie de l'auteur allemand pour expliquer l'alopécie thallique. Elle est celle qui réunit le plus grand nombre d'adhérents et jusqu'à ce moment nous ne voyons pas une autre qui la remplace.

Celle de Cortella, de Mariani et d'autres, qui explique l'action du thallium par l'intermédiaire du système nerveux central (Corne d'Ammon), la dernière venue, est une théorie pathogénique qui doit encore faire ses preuves.

Bibliographie

A. Buschke, B. Peiser. — Die Wirkung des Thalliums auf das endokrine System. *Klin. Woch.*, n° 20, 1922, Berlin.

A. Buschke, E. Langer, B. Peiser. — Thallium epilation in human scalps mycosis and its experimental basis. *Urolog. and cutaneous rev.*, n° 8, 1926.

A. Buschke, L. Lowenstein, Joel. — Die spezifische und aspezifische Wirkung des Thalliums. *Mediz. Kl.*, n° 12, 1929, Berlin.

A. Buschke, B. Peiser. — Dell'azione biologica del acetato di talio. *Giorn. it. di Derm. e Sifilolog.*, fasc 3, 1929, Roma.

R. Cicero. — El tratamiento de las tiñas por el acetato de talio. *Segundo Congresso Sudamericano de Dermatologia y Sifilografia*, 1922, Montevideo.

L. Girot, Mlle S. Braun. — Névrite optique par intoxication à l'acétate de thallium. *Rev. Neurolog.*, t. I, n° 2, 1929.

S. N. Grshebin, G. G. Salzmann. — Essigsaures Thallium als Epilationsmittel bei Behandlung der Dermatomykosen. *Derm. Zeitsch.*, marz 1928. Berlin.

A. Lourier, E. Zwitkis. — Zur Frage der Behandlung von parasitären Erkrankungen des beharten Teile des Kopfes mit Thallium aceticum. *Derm. Woch.*, 1927, Berlin.

L.-M. Pautrier, Woringer. — Premiers résultats du traitement des teignes par l'épilation à l'acétate de thallium. *Bull. Soc. Derm. et Syphilig.*, 1929, Paris.

A. J. Prokoptchonk, M. S. Bachkievitch, W. Chamchine. — Observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication après l'emploi de thallium aceticum. *Act. Derm. Vener.*, vol. XI, fasc. 5, nov. 1930, Stockholm.

R. Sabouraud. — *Entretiens dermatologiques*, 1913, Paris.

R. Strempel, H. Schmitz. — Zur Thallium epilation kindlicher Kopfmykosen. *Arch. für Derm. und Syph.*, 160 Band., 1930, Berlin.

G. Truffi. — La cura delle tigne coll' acetato di talio. *Rasseg. clin. scient. dell' Instit. Bioch. ital.*, n° 9, 1927, Roma.

G. Truffi. — Ueber die biologische Wirkung des Thalliumazetats. *Derm. Woch.*, n° 11, Berlin.

J. G. Uruena. — *Le traitement des teignes par l'acétate de thallium*, 1928, Paris.

RECHERCHES SUR LE MÉCANISME PHYSIOPATHOLOGIQUE DE LA PELADE

II. — PELADES TRAUMATIQUES ET PELADES PAR CHOC ÉMOTIF

Par

A. LÉVY-FRANCKEL et E. JUSTER

(Travail du Service de M. le docteur Louste, à l'Hôpital Saint-Louis)

Dans un précédent travail (1), nous nous sommes attachés à définir le substratum physio-pathologique des alopécies en aires : un phénomène constant, retrouvé chez tous les sujets examinés, nous a paru être la vaso-constriction permanente des capillaires au niveau des plaques alopéciques, vaso-constriction pouvant aller jusqu'à la disparition complète des capillaires en ces points (2) ; presque toujours, cet angiospasme local était accompagné de vaso-constriction au niveau des extrémités.

Ce point a été confirmé depuis par les recherches américaines (3). Cet angiospasme, nous le considérions comme étant le plus souvent sous la dépendance de troubles du système neuro-végétatif, associé ou non à des troubles endocriniens, sans que nous puissions exclure certaines causes purement locales, d'ordre irritatif ou inflammatoire. Ce sont ces *phénomènes de vaso-constriction* qui constituent *le lien reliant entre eux les facteurs multiples qui peuvent intervenir pour déterminer la pelade.* Parmi ces facteurs, nous voulons revenir sur deux d'entre eux, proches l'un de l'autre, en apparence, puisqu'ils sont souvent confondus, et cependant, nous semble-t-il, sensiblement différents par leur mode d'action : le traumatisme et le choc émotif.

Le rôle du traumatisme dans la production de la pelade est loin d'être admis par tous les dermatologistes. Lorsqu'en 1922, l'un de

nous présenta une pelade qu'il considérait comme d'origine traumatique, il lui fut objecté, que, pendant la guerre, aucun dermatologiste, aucun neurologiste, n'en avait jamais observé, et que les faits publiés étaient des alopécies par rayons X.

Cependant, certains neurologistes avaient (4) observé, pendant la guerre, des faits d'alopécie en aire post-traumatiques incontestables : André Thomas (5), chez un soldat blessé le 13 mars 1915, par une balle ayant pénétré au niveau de la branche montante du maxillaire inférieur gauche, observe une plaque de pelade dans la zone hyperesthésique innervée par la branche mastoïdienne; et cet auteur ajoute : « la coïncidence de la pelade et des lésions des nerfs périphériques est un fait qui valaît la peine d'être souligné, et qui vient s'ajouter aux arguments déjà développés en faveur de la pelade nerveuse ».

J. Lépine, professeur de maladies nerveuses à la Faculté de Lyon, fournit à Maurin (6), pour sa thèse, 4 observations ; l'une d'elles (obs. IV) est discutable, le début de l'alopécie n'ayant précédé que de quelques jours, une fièvre typhoïde. Mais les observations I, II et III sont à retenir : en particulier (obs. II) celle d'un soldat blessé par éclat d'obus de la région fronto-pariétale droite, trépané, chez lequel apparaît, 1 mois 1/2 après la blessure, une plaque de pelade, puis des plaques extrêmement nombreuses sur tout le crâne et dans la barbe, accompagnées d'hyperhidrose palmaire et plantaire, et de dermographisme plus marqué à gauche qu'à droite. Dans l'observation III, moins démonstrative, il s'agit d'un sujet blessé par éclat d'obus à la région frontale gauche (3 avril 1915), mutilé volontaire en 1917, chez lequel apparaît une plaque de pelade de 10 centimètres de diamètre au-dessus de l'oreille gauche; fait intéressant, Maurin n'hésite pas à mettre en cause le sympathique, en particulier une lésion des conducteurs nerveux, et à faire intervenir les glandes endocrines.

Nous ne pouvons retenir les 4 observations de Villaret et Condomine, leurs malades ayant subi des examens radioscopiques (7).

Depuis cette époque, Milian et Rimé, Petit de la Villéon, Moutier et Legrain, Herbert Brown ont publié des observations incontestables de pelade traumatique.

Milian et Rimé (8) ont observé, chez un sujet de 25 ans, blessé le 13 mars 1925 par une pièce de fonte (lésion du frontal et des os

propres du nez, à gauche) une plaque de pelade du côté droit, accompagnée de phénomènes de commotion cérébrale. Petit de la Villéon (9), chez une fillette de 11 ans, atteinte d'une plaie des parties molles de la région fronto-pariétale gauche, sans phénomènes de shock, voit se développer, vers le 10e jour après la blessure, une alopécie occupant tout le sommet de la tête, du frontal à la pointe de l'occiput, et de la tempe gauche à la tempe droite, qui repoussa complètement en 6 semaines.

Enfin, en 1928, Moutier et Legrain, rapportent 44 observations de pelade post-traumatique, dont 3 personnelles (10) et Herbert Brown, en 1921, 4 observations, dont 2 personnelles (18).

De leur travail, Moutier et Legrain concluent que la pelade traumatique, sauf exception, est consécutive à un traumatisme portant sur le crâne ou la face... elle apparaît généralement dans le mois qui suit le trauma, parfois dans le deuxième; au delà de cette période, son étiologie est des plus discutables ». Pour les auteurs, le traumatisme ne saurait être de toute façon qu'une cause exceptionnelle.

Nous ne saurions admettre ces conclusions dans leur intégrité.

Tout d'abord, il y est établi une confusion entre les pelades traumatiques et les pelades par shock nerveux. Parmi les observations rapportées par Moutier et Legrain, certaines nous paraissent devoir rentrer dans cette dernière catégorie.

A. — PELADES ÉMOTIVES

Leurs caractères nous paraissent devoir être précisés : elles se distinguent des pelades post-traumatiques :

par l'absence de toute plaie, osseuse, viscérale ou des parties molles,

et surtout, par la brièveté de leur incubation.

Nous pouvons considérer comme type de ces pelades émotives deux des observations rapportées par Moutier et Legrain.

Obs. de Breitschneider : « A la suite d'une commotion, perte de connaissance de dix minutes, et pendant deux heures, perte de l'usage de la parole ; les jours suivants, chute des cheveux et des poils de tout le corps.

Obs. de Spiegler : « Alopécie chez un soldat de 22 ans, ayant subi une forte commotion à la suite d'une explosion de grenade ; perte de

connaissance ; deux jours après, chute des cheveux et des poils du corps. »

La confusion entre ces deux variétés de pelade, pelades émotives et pelades traumatiques, nous paraît d'ailleurs être fréquente : une des deux observations publiées par Fouquet (11) comme pelade consécutive à un choc nerveux, devrait être considérée comme pelade traumatique : il s'agit d'une alopécie survenue un mois après une fracture des deux os de l'avant-bras.

Le plus grand nombre de faits de pelade par choc émotif, sont, comme le fait observer M. Sabouraud, du type clinique de *defluvium capillorum*. Nous ne savons pas si ce type clinique dépend du même mécanisme que l'alopécie en aires. Mais nous avons pu observer récemment un fait réel de pelade en aire consécutive à un choc émotif.

Observation I. — Les... Eugène, âgé de 22 ans, se présente à la consultation le 27 janvier 1931, porteur d'une alopécie datant de 8 mois. La première plaque survint au vertex, à la suite de l'explosion d'un gazomètre, qui occasionna chez le malade un choc émotif violent, avec tachycardie. Le malade s'en aperçut 48 heures après l'accident : elle était à ce moment de la dimension d'un ongle, grandit rapidement et guérit en un mois environ. Mais bientôt apparurent de nouvelles plaques pariétales et frontales, et en trois mois, le cuir chevelu était complètement glabre. Quand nous examinons le malade, les poils de la barbe commencent à tomber depuis 8 jours, ainsi que ceux du corps. Le cuir chevelu, complètement glabre, est très hypotonique, le pouls bat à 100 pulsations par minute. Le sujet, depuis le choc qu'il a subi, est devenu très émotif. Le malade est soumis à un traitement diathermique du corps thyroïde, qui amène, après dix séances, une repousse de follets sur le cuir chevelu.

L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que la première plaque apparaît très rapidement (48 h.) après le choc émotif : comme dans les cas de Breitschneider et de Spiegler, l'incubation est très brève ; elle diffère des faits de defluvium par le début par une plaque unique ; il nous paraît que chez ce sujet il y a eu dysfonctionnement subit du corps thyroïde, qui s'est manifesté par la tachycardie et l'émotivité persistante du sujet. C'est en somme, une pelade chez un basedowien, mais l'alopécie, au lieu de suivre de quelques semaines l'apparition des signes de basedowisme, s'est

manifestée en même temps que ceux-ci : il s'agit, semble-t-il, dans ces faits, de basedowisme latent, qui se révèle sous l'influence du choc émotif.

Une objection fort importante est faite par M. Sabouraud quand à l'existence de pelades consécutives à un choc émotif : la brièveté de leur incubation n'est que de quelques jours ou même de quelques heures, alors que la plus brutale des pelades, c'est-à-dire l'alopécie consécutive à la radiothérapie, n'apparaît qu'après une période de latence de quinze jours environ. Il y a là un mécanisme tout à fait différent : la radiothérapie agit en effet d'une façon locale, et nous ne savons pas encore si l'alopécie qu'elle détermine rentre dans le cadre de l'alopécie peladique ; au contraire, la pelade post-émotive est la conséquence d'un processus d'ordre humoral, par hyperfonctionnement d'une glande — en général le corps thyroïde — ou d'un groupe de glandes, ou sidération d'un autre groupe : les pelades consécutives à un choc nerveux méritent d'être classées parmi les pelades chez des basedowiens.

Nous rappelons ici les recherches expérimentales de M. Sainton.

B. — PELADES TRAUMATIQUES

Pour Moutier et Legrain, seules ont droit de cité parmi les pelades traumatiques, celles qui surviennent après les plaies de la face et du crâne, et dont la durée d'incubation ne dépasse pas deux mois.

« Ces faits, disent-ils, sont rares » ce qui nous paraît s'expliquer par la gravité des plaies de guerre de la face et du crâne, qui sont souvent mortelles. Nous en rapportons d'ailleurs ici quelques observations, presque toutes inédites.

I. — *Pelades consécutives à des traumatismes de la face ou du cuir chevelu.*

Observation II (déjà publiée) (1). — Sed..., du 4e colonial, fut blessé le 13 février 1915 à Frise, par un éclat d'obus, qui pénétra au niveau de la région occipitale. Ce projectile fut extrait, sans examen radioscopique, le 4 avril. Le 13 avril, apparut une alopécie de la région occipito-temporale droite. Le 23, cette alopécie prit l'aspect d'un large placard à bords

irréguliers, ayant l'aspect d'une alopécie peladique. Du côté gauche, au point symétrique, débutait à cette époque une plaque alopécique. L'examen microscopique ne révéla ni spores, ni mycélium. Le Bordet-Wassermann fut négatif. »

Observation III. — Dussan... Marius, 17 ans, apprenti-maçon, subit, en juin 1924, un traumatisme violent du cuir chevelu, par chute

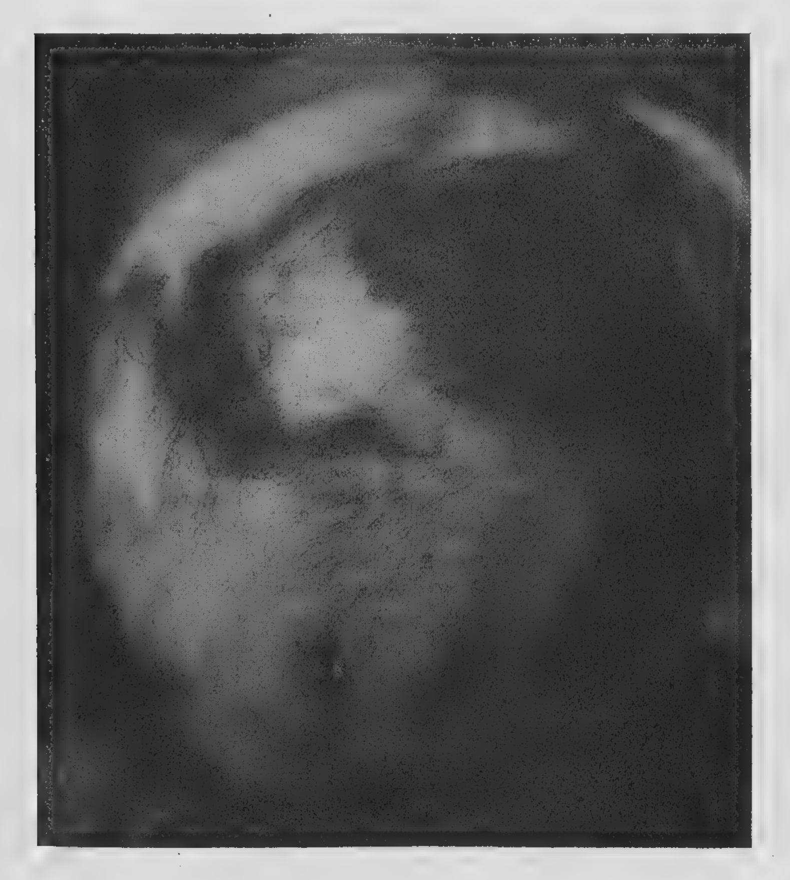


Planche I

d'une brique sur la tête. La plaie du cuir chevelu se cicatrise, en laissant au vertex, une cicatrice légèrement surélevée. En janvier 1925, à l'endroit blessé, débuta une alopécie en aires qui s'étendit ensuite au-dessus des oreilles. Actuellement, le 19 décembre 1925, il se présente comme un sujet à faciès lunaire, très coloré, gras du tronc et à bassin

large, atteint d'une pelade à type décalvant ; au début de 1926, les plaques glabres sont encore en voie d'extension il ne reste plus qu'une mèche au vertex, une mèche frontale et un îlot occipital gauche ; en bordure de la région frontale, repousse de follets blonds (Pl. I).

Observation IV. — Str... Édouard, 33 ans, scieur. Trépané il y a 2 mois (mars 1926), pour enfoncement de la région frontale par un plateau de bois ; aucun examen radioscopique. Cinq semaines après, pelade de la région temporo-occipitale gauche, sous forme de deux plaques arrondies de la dimension d'une pièce de 5 francs. Une plaque plus petite au-dessus de l'oreille gauche. Bordet-Wassermann négatif.

Observation V. — Arrig... Alphonsine, 33 ans. Le 22 avril 1928, traumatisme du cuir chevelu (plaie de la région pariétale droite latérale par barres de fer) ; le 1er mai, apparition d'une plaque de pelade de la dimension d'une pièce de 2 francs de la région pariétale droite, près de la ligne médiane, avec cheveux peladiques à la périphérie. La malade est nerveuse et émotive ; elle présente un tremblement des mains et une tachycardie légère (pouls à 96 pulsations à la minute) ; à noter l'hypertrichose de la région intersourcilière et de la face latérale des joues. Le 5 juin, de nouvelles plaques de pelade apparaissent sur le cuir chevelu, dont deux dans la région précédemment traumatisée.

Observation VI. — Boub... Jeanne, 28 ans. Dans les premiers jours de mai 1926, la malade fit une chute violente sur la nuque, qui détermina une infiltration séro-sanguine. Les jours suivants (la malade ne peut préciser exactement), apparut une plaque de pelade à deux travers de doigts au-dessous de la lésion. Cette plaque alopécique vue le 12 juin 1926, est de la dimension d'une pièce de 1 franc et présente à sa périphérie des cheveux peladiques typiques.

Observation VII. — Bonan... Henry, 41 ans. Le 8 juin 1926, présente depuis avril 1926, des plaques multiples de pelade de la barbe, des deux côtés du menton.

Ce sujet a été blessé au cuir chevelu à la tête (plaies du cuir chevelu) en 1920.

Observation VIII. — Mohammed Bach..., manœuvre, se présente le 21 juin 1926 avec une pelade du cuir chevelu ; la plaque alopécique avait débuté vers le 20 avril de la même année ; quand le sujet s'aperçut de son existence, elle avait la dimension d'une pièce de 5 centimes en nickel. Actuellement, il s'agit d'une plaque de pelade caractéristique, de la dimension d'une petite paume de main, occupant la région pariétale droite, présentant à sa périphérie de nombreux poils peladiques, et encore en voie d'extension.

Fin mars 1926, le malade avait été victime d'un accident : renversé

par une auto, il avait été blessé à la tête (plaie de la région frontale droite, atteignant la bordure du cuir chevelu du même côté, ayant été recousue, sans qu'il y eut de lésion osseuse, ni d'examen radioscopique. La trace des points de suture est encore nettement visible.

Observation IX. — Cort... Omer, âgé de 45 ans, a été blessé le 18 juillet 1918, étant capitaine au 1er zouaves, à Violaines, par un éclat d'obus, entré par l'arcade sourcilière droite, ayant traversé tout le massif facial, en fracturant la voûte palatine et le maxillaire supérieur, s'étant arrêté sur la carotide externe gauche, et ayant nécessité la ligature de cette artère, faite le jour même de la blessure ; extraction du projectile ce même jour, sous le contrôle d'un examen radioscopique fait dans la région sous-maxillaire gauche. Vers le 15 août de la même année, apparition dans la région temporo-occipitale droite, d'une plaque de pelade, qui persista jusqu'en février 1919.

Le malade avait déjà été blessé en 1915 aux Dardanelles, par quelques éclats superficiels.

Depuis 1919, les plaques de pelade récidivent tous les 2 ou 3 ans environ, toujours dans la même région temporo-occipitale droite. Au cours d'une de ces récidives, la plaque peladique avait atteint la région occipitale jusqu'à la ligne médiane. En 1928, le malade a reçu un traitement par la gonacrine associée aux rayons ultra-violets, qui a amené une repousse à peu près complète ; mais la rechute est survenue comme d'habitude au bout de 2 ans ; à son premier examen dans le service, le 14 mars 1931, on note chez ce malade, outre la cicatrice d'entrée du projectile au-dessus de l'arcade sourcilière droite et la cicatrice de sortie dans la région sous-angulo-maxillaire gauche, une plaque de pelade de la dimension d'une pièce de 5 francs, de la région occipito-temporale droite, en voie d'extension, et une petite plaque de la barbe, du même côté ; pas de Σ connue. Bordet-Wassermann négatif.

II. — Pelades consécutives à des traumatismes des membres.

Observation X (4). — Moill..., 33 ans, aucun antécédent spécifique, une fillette bien portante. Pendant la guerre, M. Moill... a été commotionné par un bombardement en août 1914, et blessé au niveau du pli du coude gauche en septembre de la même année : plaie de la face interne de l'avant-bras au niveau du coude, avec fracture compliquée des os du bras et de l'avant-bras, et section nerveuse.

Actuellement, le malade présente : A) une ankylose du coude à angle aigu ; de la paralysie des extenseurs, avec main tombante, impossibilité d'étendre la main sur l'avant-bras, et impossibilité d'extension des premières phalanges (plaie du radial) ; de l'atrophie des muscles de l'éminence hypothénar, avec paralysie des interosseux. De l'aplatissement de

l'éminence thénar, l'opposition du pouce étant impossible (plaie du nerf médian) ; la main pend à angle aigu sur l'avant-bras ; les doigts *sont effilés, lisses ; la peau est rouge, amincie, avec disparition des sillons cutanés* (*Glossy-skin*), la *sensibilité au froid* est *beaucoup plus marquée que du côté sain.* B) Une *atrophie réflexe des muscles du bras et de la ceinture thoracique* qui sont sous la *dépendance du plexus brachial* (sus et sous-épineux, petit rond, deltoïde, coraco-brachial), *laissant indemnes les muscles innervés par les branches du plexus cervical profond.* C) Une *émotivité exceptionnelle,* accompagnée de *tachycardie* ; une mydriase légère. D) « Enfin, une *pelade de la barbe,* apparue en 1918, « qui fut suivie de nombreuses plaques de pelade du cuir chevelu « (vertex, régions temporo-occipitale), des sourcils, des cils et de la « moustache ». Autant que le malade peut s'en souvenir, la première plaque glabre serait apparue du côté droit du menton (?).

Observation XI (12). — M. Bex..., employé, âgé de 32 ans, est atteint de pelade depuis février 1921. Quinze jours après le décès de sa femme, il remarque une plaque alopécique à la région occipitale. Depuis lors, il a au cuir chevelu des plaques successives de pelade qui durent de trois à six mois. Il vient consulter le 12 février 1923 pour une plaque alopécique à la région occipitale droite, qui daterait de deux mois. Cette plaque est grande comme une pièce de cinq francs, en voie d'extension, avec cheveux peladiques à la périphérie. Nous constatons de plus chez ce malade deux plaques alopéciques situées symétriquement à la face postérieure des deux avant-bras et larges comme une petite paume de main. Sur celle de gauche l'on voit un début de repousse. Le premier point intéressant chez ce malade est la coexistence de pelade avec une blessure de guerre.

En juin 1918, il reçut un éclat d'obus à la face externe du bras droit, qui produisit une lésion du radial et du cubital. En effet, ce blessé a une main tombante avec difficulté d'étendre les doigts et la main, et une greffe cubitale avec paralysie de l'adducteur du pouce et signe de Froment : donc une parésie radiale et cubitale droites.

Observation XII (13). — L..., âgé de 49 ans, réformé pour blessure de guerre, entre le 28 janvier 1925, à l'Hôtel-Dieu dans le service du Dr Caussade. Il a été atteint, le 18 février 1908, au Maroc, d'une blessure par balle, qui atteignit la face interne du tiers inférieur du fémur gauche (fracture sus-condylienne), la consolidation se fit en un an environ.

En octobre 1918, plaque de pelade de la région occipitale (0,50), qui, malgré un traitement local prescrit à Saint-Louis, déglabra la totalité du cuir chevelu en trois mois. La chute des poils s'étendit ensuite aux sourcils, au thorax, au pubis et aux jambes ; en 6 à 8 mois, la déglabration fut totale, à l'exception des aisselles.

État actuel : A l'entrée du malade dans le service, les éléments suivants étaient apparents :

1° Déglabration à peu près totale : au cuir chevelu, il ne persiste plus que 3 ou 4 poils blancs, longs, au-dessus des oreilles ; pas de sourcils. Quelques poils blancs à la moustache et à la mouche ; quelques poils châtains au pubis et aux genoux. Poils normaux aux aisselles ;

2° Ulcérations des jambes, ayant le caractère de plaies atones avec suppuration ;

3° Peau sèche, froide, lisse et amincie sur tout le corps, rappelant le glossy-skin, marbrée de plaques violacées, mains violettes gardant longtemps l'empreinte du doigt ; ces phénomènes s'accentuent au froid, légère raie blanche de dermographisme, d'assez courte durée ;

4° Tremblement, qui apparaît à l'occasion du froid ; il existe aux quatre membres, mais avec une intensité particulière au membre inférieur gauche ;

5° Hyperesthésie intense du membre inférieur gauche avec sensibilité très vive à la face interne de la cuisse (siège de la blessure), à la face interne du pied, à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Le maximum de la sensibilité est au siège de la blessure ;

6° Polyurie : 6 litres par 24 heures, les boissons étant de 3 à 4 litres par 24 heures.

Le malade est facilement irritable. Il est sujet à des crises d'énervement violent avec sensation de douleur à la base gauche du thorax et sensation d'angoisse.

Le MB = + 14. L'épreuve à l'adrénaline fait apparaître un tremblement fibrillaire débutant au siège de la blessure, puis se généralisant. La capillaroscopie dénote une diminution considérable des capillaires sur tout le corps, particulièrement marquée au cuir chevelu. — Bordet-Wassermann négatif.

Observation XIII. — Let... François. Pelade à points d'attaque multiples du cuir chevelu, datant de décembre 1928.

Depuis une quinzaine de jours (26 janvier 1929), apparition d'une canitie rapide, en larges plaques blanches siégeant surtout à la région occipito-temporale. Blessure de guerre en 1915, par éclat de minen, ayant lésé le sciatique. Le membre atteint présente une atrophie musculaire de 8 centimètres. Troubles vaso-moteurs marqués de la face et du nez. Corps thyroïde : ne peut être perçu. Bordet-Wassermann négatif.

Observation XIV. — Bours... Eugène, 29 ans, mécanicien. Plaque de pelade de la région occipito-mastoïdienne droite, datant de novembre 1924, actuellement en voie d'extension (7 février 1925), et entourée de cheveux en point d'exclamation.

Blessure au bras en octobre 1917.

Tremblement léger. Bordet-Wassermann = négatif.

Observation XV. — Lop..., 43 ans. Grande pelade décalvante depuis 1916. Plaie de la hanche par éclat d'obus en 1914.
R. O. C. ultra-positif.

Observation XVI. — T... Gabriel, 35 ans. Blessé le 8 octobre 1915 à Souchez ; blessures multiples par éclat d'obus : fracture des métacarpiens et du 5e doigt de la main droite, plaies des parties molles (biceps droit, où il persiste un éclat), plaie de la face interne de la cuisse gauche, ayant laissé une large cicatrice. Éclats dans le tibia et dans la lèvre supérieure, persistant encore actuellement (27 janvier 1931).
En 1925, début de pelade de la barbe ; d'abord l'alopécie se localisa au côté droit, puis atteignit toute la barbe ; quelques mois après, le côté droit du cuir chevelu fut atteint. Actuellement : plaques temporales, pelade en bordure de la nuque, sur une largeur de quatre travers de doigt, pelade des sourcils et des cils.

Observation XVII. — Oil... Jean-Baptiste, 27 ans. Blessé le 13 avril 1916 (fracture de jambe avec résection du genou, plaies de la fesse droite et de la hanche par éclats d'obus, paralysie du sciatique et atrophie musculaire de la cuisse (9 centimètres).
Depuis cette époque, émotivité, bradycardie (pouls à 60). Depuis fin décembre 1916, pelade de la barbe ayant débuté par le menton, du côté gauche, et existant encore en 1922.

Observation XVIII. — Chap..., 40 ans, soldat au 267e d'infanterie, blessé au bras à la ferme du Choléra, en 1917. Ankylose complète du coude droit ; bras en demi-flexion ; atrophie musculaire ; paralysie radiale droite, lésion du cubital et du médian, glossy-skin. Consécutivement, apparition d'un syndrome adiposo-génital : gynécomastie, bouffissure de la face, frigidité. Depuis avril 1923, pelade de la région occipitale gauche, de la dimension d'une grande paume de main, et persistant encore quand nous voyons le malade, en octobre 1923.

Observation XIX. — Perr... Maurice, 34 ans. Blessé en 1916, par éclats d'obus, à Malancourt (163e d'infanterie), par plaies superficielles de la face, du cou et du poignet droit.
Pelade depuis 1927, ayant débuté par une plaque de la région occipitale. Actuellement (29 septembre 1928), deux plaques de la région temporale gauche, de la dimension d'une pièce de 5 francs. Les dents sont en bon état. Pas de syphilis connue. »

Alors que, comme l'ont déjà noté Moutier et Legrain, l'incubation ne dépasse pas deux mois dans les faits de pelade consécutive

aux traumas de massif crânio-facial, la période de latence est longue chez les sujets porteurs d'alopécie en aire consécutive aux traumas des membres, mais il est un fait remarquable et qui a sa valeur : presque toutes ces observations de pelade survenues après traumas des membres semblent calquées les unes sur les autres : dans les observations X, XI, XII, XIII, XV, XVI, XVII, XVIII, il s'agit de traumas importants, avec fractures ou plaies vasculo-nerveuses, atrophies musculaires, ayant le plus souvent laissé des cicatrices profondes ; chez ces sujets, l'alopécie s'accompagne de phénomènes de la série sympathique, le plus souvent localisés dans le membre atteint (hyperhydrose, glossy-skin, causalgie, etc.) et parfois aussi de troubles endocriniens (obs. X et XVIII). Cette reproduction en série de phénomènes analogues succédant à des traumas des membres du même type est un fait important et qui mérite d'être mis en lumière : on peut objecter à cela que tous les grands blessés ne font pas de la pelade : c'est exact ; mais tous les syphilitiques non plus : il serait aussi illogique de nier l'action d'un trauma important, même datant de 10 ans, laissant dans l'organisme des désordres persistants, ayant lésé les troncs vasculaires et nerveux, entraîné des phénomènes d'impotence fonctionnelle, que de dénier tout rôle dans la production d'une pelade, à une syphilis ancienne, ou à une syphilis héréditaire. D'autre part, presque tous les sujets dont nous publions l'observation étaient passés une ou plusieurs fois dans des consultations dermatologiques ou neurologiques, sans que personne leur eut jamais posé de questions de nature à leur faire révéler l'existence d'un traumatisme antérieur à l'apparition de leur alopécie en aires.

Cette longue période de latence des alopécies consécutives aux traumas des membres s'explique d'ailleurs par le mécanisme de leur production.

Tout se passe comme s'il s'agissait d'une névrite ascendante, entraînant des modifications des cellules et des centres situés au-dessus des régions où siègent les lésions traumatiques : c'est d'ailleurs le processus invoqué par Maurin (6) dans sa thèse ; c'est cette névrite dégénérative ascendante, dont la marche est lente qui donne l'explication de cette longue incubation ; il faut des années pour que le processus parti d'une lésion du cubital ou du sciatique

parvienne aux ganglions ou aux centres sympathiques de la moelle ; ceux-ci atteints à leur tour, anatomiquement ou fonctionnellement, retentissent sur le système sympathique innervant le réseau capillaire et ce n'est que quand cet arc réflexe est révolu que l'alopécie fait son apparition ; le fait, publié récemment par Gougerot, P. Blum et Zha (14), est à cet égard fort démonstratif : un homme, blessé à la partie moyenne du bras en 1918, par un éclat d'obus que la radiographie montre dans le biceps droit, présente, en 1930, sans raison connue, un syndrome de Raynaud unilatéral, localisé au troisième et quatrième doigts de la main droite. Le Bordet-Wassermann est négatif et le traitement d'épreuve institué reste sans résultat ; le mécanisme qui produit le syndrome de Raynaud, degré extrême de l'angiospasme (17), est à rapprocher de celui que nous invoquons dans la physiologie pathologique des alopécies post-traumatiques.

L'angiospasme, nous y avons déjà insisté (2) est un phénomène constant dans l'alopécie en aires, au niveau des plaques et aussi aux extrémités des membres.

Les recherches de Feit, Throne, Bindford et Myers (3) confirment les nôtres sur ce point ; la longue période de latence des pelades post-traumatiques est de même ordre que la longue incubation de ce syndrome de Raynaud unilatéral. Un processus un peu différent pourrait être envisagé : dans la thèse de Garcia Diaz (15), A.-C. Guillaume a montré que les modifications vaso-motrices provoquées par la sympathectomie péri-artérielle, doivent être rapportés à toute une série de phénomènes réflexes courts (axones-réflexes, conducteurs antidromiques, action sur les appareils myoneuraux), et longs (réflexes homolatéraux symétriques et réflexes généralisés). Les constatations faites à propos de dénudations artérielles opératoires, montrent, dit A.-C. Guillaume (16), l'importance et l'étendue des retentissements qui se produisent dans le système circulatoire à l'occasion d'une atteinte traumatique de la voie sensitive. Ces répercussions vasculaires considérables peuvent procéder d'un traumatisme même léger en apparence.

Les constatations faites à propos de la dénudation artérielle démontrent l'existence de troubles *vaso-moteurs persistants* d'origine réflexe.

Cependant, et quel que soit le mécanisme en cause, dégéneres-

cence ascendante des filets du sympathique, ou retentissement par voie réflexe courte ou longue sur le système circulatoire à l'occasion d'une atteinte traumatique de la voie sensitive, pouvons-nous le concevoir sans la participation d'un ou de plusieurs groupes de glandes endocrines, participation qui serait, dans la pelade traumatique, secondaire aux perturbations sympathiques, périphériques ou centrales? Dans un précédent travail (1) nous admettions l'existence de deux sortes de pelades : l'une, endocrino-sympathique, à métabolisme basal modifié ; l'autre, vasculo-sympathique, à métabolisme basal normal. Les faits observés jusqu'ici nous inclineraient à penser que les pelades traumatiques se rangeraient, sauf exception, dans le second groupe, les pelades par choc émotif au contraire faisaient partie du premier.

Cette question de la dualité des pelades, quant à leur mécanisme physio-pathologique, comporte encore bien des inconnues ; des recherches en cours, sur l'état de la circulation capillaire au niveau des plaques alopéciques provoquées par les rayons X, sur le métabolisme basal dans les pelades de l'enfant, nous permettront peut-être plus tard de serrer la question de plus près. Nous avons voulu, dans ce second travail, différencier la pelade post-traumatique des pelades par choc émotif, et montrer que la lenteur d'incubation des alopécies succédant aux plaies vasculaires, osseuses et nerveuses des membres, opposée à la brièveté de cette période latente dans les pelades consécutives aux plaies de la face et du cou, pouvait s'expliquer par leur mécanisme particulier.

Bibliographie

1. Lévy-Franckel et Juster. — Recherches sur le mécanisme physio-pathologique de la Pelade. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, nº 4, avril 1928.
2. Lévy-Franckel, A.-C. Guillaume et Juster. — Examen de la circulation cutanée dans la pelade et le vitiligo. *Bull. Soc. Dermatologie*, 1925, nº 7.
3. Feit, Throne, Bindford and Myers. — Alopecia areata and its relation to métal Rétention. *8e Congrès International de Dermatologie*, Copenhague, août 1930.
4. Lévy-Franckel. — La Pelade. Syndrome d'irritation vago-sympathique (discussion). *Bull. Soc. Dermatologie*, nº 3, 1922, pp. 101-102.
5. André Thomas. — Paralysies multiples des nerfs crâniens. Pl. de Pelade

dans le territoire de la branche mastoïdienne. *Soc. Neurologie*, 1er juillet 1915.

6. Maurin. — La Pelade des Commotionnés. *Th. Lyon*, 1918.
7. Villaret et Condomine. — *Soc. Méd. Hôpitaux*, 20 décembre 1918.
8. Milian et Rimé. — *Revue Française de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1925, p. 347.
9. Petit de La Villéon. — Un cas de vaste alôpécie traumatique. *Bull. de la Société des chirurgiens de Paris*, 18 novembre 1927, p. 726.
10. Moutier et Legrain. — La Pelade traumatique. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, no 4, avril 1928, p. 268.
11. Fouquet. — Deux cas d'alopécie circonscrite du cuir chevelu consécutive à un choc nerveux. *Bull. Soc. Dermatologie*, 1913, p. 201.
12. Lévy-Franckel et Juster. — Pelade avec troubles du système sympathique chez un blessé de guerre. *Bull. Soc. Dermatologie*, no 3, 8 mars 1923.
13. Lévy-Franckel et A.-C. Guillaume. — Pelade avec spasme artériolique et polyurie consécutifs à un Traumatisme. *Bull. Soc. Dermatologie*, no 4, avril 1925.
14. Gougerot, P. Blum et Jean Zha. — Syndrome de Raynaud unilatéral localisé aux troisième et quatrième doigts. Projectile dans le bras. *Bull. Soc. Dermatologie*, 12 février 1931.
15. Garcia Diaz. — Etude analytique et synthétique de la Sympathectomie péri-artérielle. *Th. Paris*, 1925.
16. A.-C. Guillaume. — *Vagotonies, Sympathicotonies, Neurotonies*, 11e édit., pp. 424-425.
17. Laignel-Lavastine. — *Pathologie du Sympathique*, p. 419.
18. W. Herbert Brown. — The Ætiology of Alodecia Areata and its Relation ship to vitiligo. *British Journal of Dermatology*. No 490-491, août-sept. 1929

CONTRIBUTION A L'HISTOPATHOLOGIE DU TISSU ADIPEUX

(INFILTRATION ET RÉSORPTION DU TISSU ADIPEUX)

Par Fr. WORINGER, préparateur à la Faculté de Médecine.
(Travail de la Clinique des maladies cutanées de Strasbourg : Prof. L.-M. Pautrier).

Malgré de nombreuses publications, en partie déjà anciennes, la pathologie du tissu adipeux est encore mal connue. C'est, avec le tissu conjonctif, l'un des tissus les plus répandus ; il ne faut pas oublier que ces deux tissus sont intimement liés à beaucoup de processus histo-pathologiques, et, si les réactions du tissu adipeux sont beaucoup moins importantes que celles du tissu conjonctivo-vasculaire, elles présentent néanmoins un certain intérêt à être étudiées. La cellule adipeuse présente plusieurs lésions histo-pathologiques élémentaires qu'il est intéressant de mettre en évidence. Or, les lésions du tissu adipeux sont rarement autonomes ou primitives, elles sont au contraire très courantes comme lésions secondaires, et, par là, elles attirent en général peu l'attention. En effet, il n'y a pas de processus histo-pathologique que ce soit une inflammation banale ou spécifique ou que ce soit un processus humoral, qui, par voisinage direct, ne provoque pas des lésions du tissu adipeux.

Il y a un terme qui résume tous ces états, chaque fois que l'on veut en parler, c'est le terme de « *Wucheratrophie* ». Il n'est pas dans notre intention de vouloir nous attaquer à cette dénomination, qui, depuis plus d'un demi-siècle (Flemming, 1870), est consacrée par l'usage. Mais, d'une part, ce terme est d'une langue étrangère, et d'autre part il nous paraît englober actuellement des processus différents. Maintenons toutefois, pour l'instant, cette dénomination, parce qu'elle répond dans l'esprit de tous ceux qui se sont occupés d'histo-pathologie à une certaine image ; nous verrons ultérieurement ce que nous pourrions proposer pour nous rapprocher de la

réalité des faits. Etant donné que la Wucheratrophie représente la lésion classique du tissu adipeux, la seule lésion élémentaire encore définie, c'est par elle que nous allons commencer notre étude.

Flemming l'a décrite et étudiée surtout dans des expériences de dénutrition, produite par le jeûne plus ou moins aigu. Dans ces cas, l'animal résorbe ses amas graisseux, qui représentent alors une réserve nutritive effective. Cette résorption se ferait suivant deux modes différents. Flemming décrit d'abord dans le mésentère d'animaux privés de nourriture une « atrophie normale », dans laquelle le globule graisseux contenu dans la cellule adipeuse diminuerait simplement et progressivement de volume jusqu'à disparaître ; la cellule adipeuse, dépourvue de son attribut, reprendrait la forme et la fonction d'un fibrocyte. Ajoutons, entre parenthèses, que pour Flemming le tissu adipeux dérive du tissu conjonctif banal par différenciation évolutive. En cas de dédifférenciation, la cellule adipeuse redeviendrait une cellule conjonctive ordinaire, capable d'élaborer du collagène. Dans un deuxième mode, la cellule adipeuse subit certaines modifications, qui rendent le phénomène plus complexe et correspondent à ce que Flemming a appelé la « Wucheratrophie ». Flemming y distingue trois stades différents : 1° l'atrophie séreuse. Celle-ci consiste en augmentation de volume de la partie protoplasmique de la cellule adipeuse alors que le globule graisseux se rétrécit. Il y a un fin voile protoplasmique qui envahit le globule graisseux et tend à entourer ce dernier comme un croissant ; 2° dans la « *Wucheratrophie* » proprement dite, le noyau de la cellule adipeuse se multiplie par amitose et donne naissance à une couronne de noyaux entourant le globule graisseux, qui se resserre de plus en plus. Le protoplasme se divise en général en autant de cellules qu'il y a de noyaux, mais il peut aussi rester indivis par place et donner des cellules multinucléées. Les cellules graisseuses résorbent progressivement le globule graisseux et enfin on aboutit à 3° l'atrophie finale. A ce moment, il n'y a plus que des cellules plus ou moins rameuses chargées de fines gouttelettes graisseuses, qui représentent le reste du globule graisseux à l'origine. Ces cellules reviendraient à leur état primitif de fibrocytes. Flemming a très bien observé ces faits, et c'est à cela que son travail doit d'être resté classique.

La résorption graisseuse du type Wucheratrophie.

Le phénomène de Wucheratrophie est un fait très banal, qui s'observe chaque fois qu'il y a des irritations quelconques qui touchent la cellule adipeuse. Telles sont les inflammations banales ou bien les inflammations qui accompagnent les tumeurs malignes (stroma-réaction).

Il faut même se demander, si le simple traumatisme ne provoque pas de la Wucheratrophie dans certaines conditions. Nous avons montré, dans un travail précédent (1), que le phénomène de la Wucheratrophie est lié, en dehors de l'inanition, soit à une irritation de la cellule adipeuse par des processus toxi-infectieux, soit à une libération du globule graisseux par traumatisme ; le globule graisseux qui n'est plus entouré par son cadre, formé par la cellule adipeuse, agit comme agirait un corps étranger et provoque l'apparition d'un granulome qui le résorbe : en ce cas particulier le granulome à corps étranger prendrait le nom de Wucheratrophie.

Pour confirmer que le traumatisme banal peut engendrer la Wucheratrophie, nous avons recherché ce qui se passait au niveau du tissu adipeux dans les cicatrices récentes dont nous nous sommes procuré un grand nombre, et qui nous ont été fournies par le service d'autopsie et par les services de chirurgie, en cas de réintervention. Nous nous sommes adressés autant que possible à des cicatrices ayant guéri par première intention, sans phénomène de suppuration macroscopique et sans déhiscence des sutures. Ce matériel, en effet, nous paraît être la réalisation d'un traumatisme portant entre autres sur le tissu adipeux, au même titre que l'expérience sur l'animal. Bien entendu ce point n'est pas rigoureux, car même dans les opérations les plus aseptiques, une contamination minime peut exister, et d'autre part il y a toujours de l'exsudation et un certain degré de destruction et de résorption au niveau de la section tissulaire dont les lèvres ont été affrontées par suture. Mais nous trouvons les lésions du tissu adipeux non seulement au niveau de l'incision chirurgicale cicatricielle, mais aussi à une certaine distance, où ce n'est plus la simple section qui intervient, ni les

(1) Fr. Woringer. Les granulomes à corps étrangers de la peau. *Thèse de Strasbourg*, 1929.

phénomènes exsudatifs qu'elle entraîne, mais probablement les traumatismes divers au moment de l'opération, en particulier par les écarteurs métalliques.

Les lésions du tissu adipeux que nous y trouvons sont de la Wucheratrophie typique, d'autant plus que celle-ci peut s'observer à l'état de pureté dépourvue de tout phénomène inflammatoire. Prenons quelques-uns de nos exemples les plus typiques et d'âges différents :

Prélèvement F. 55 : plaie opératoire abdominale faite pour ovariotomie et datant de 4 jours. Les lèvres de la plaie sont encore béantes. Nous mentionnons ce cas pour dire simplement que les phénomènes exsudatifs et inflammatoires, avec déjà un début de sclérose, ne se manifestent rigoureusement qu'au niveau de la surface de section et ne pénètrent que très peu à l'intérieur du tissu adipeux qui, par ailleurs, est encore tout à fait normal et ne présente aucune lésion saisissable. Malgré cela, il a été touché comme nous le voyons dans le cas suivant.

Prélèvement F. 82 : cicatrice opératoire de laparotomie datant de 9 jours. La plaie est fermée, recouverte d'une croûtelle. Histologiquement la cicatrice est reconnaissable, grâce au derme de nouvelle formation encore très mince, dépourvu de fibres élastiques et recouvert d'un épiderme irrégulier. Le trajet de la section au niveau du tissu adipeux est marqué par une bande scléreuse assez étroite avec par-ci, par-là, des séquelles de phénomènes exsudatifs due à un peu d'infection ou bien à la résorption de tissus nécrosés. Mais, à distance de ces petits foyers de suppuration résiduels, nous voyons des lésions déjà très nettes du tissu adipeux. A un faible grossissement les petits cadres du tissu adipeux sont épaissis par endroits ; par-ci, par là, ils ont disparu et donné naissance à de petits kystes de dimensions variables. A un fort grossissement, nous trouvons les lésions de Wucheratrophie du premier et deuxième degré de Flemming. L'épaississement du réticulum emprisonnant les globules graisseux est constitué en réalité par une augmentation de volume de la partie protoplasmique de la cellule adipeuse (fig. 1). Le protoplasme cellulaire devient turgescent, ses noyaux se multiplient et bientôt tout le globule graisseux en est encerclé. Dans un stade un peu plus avancé, les cellules adipeuses deviennent de plus en plus turgescentes et empiètent sur le globule

graisseux, qui diminue progressivement de volume, alors que les cellules adipeuses prennent un aspect finement alvéolaire et se chargent de gouttelettes graisseuses comme nous le montrera la coloration au rouge écarlate. Ce stade plus avancé nous le trouvons mieux développé dans le cas suivant.

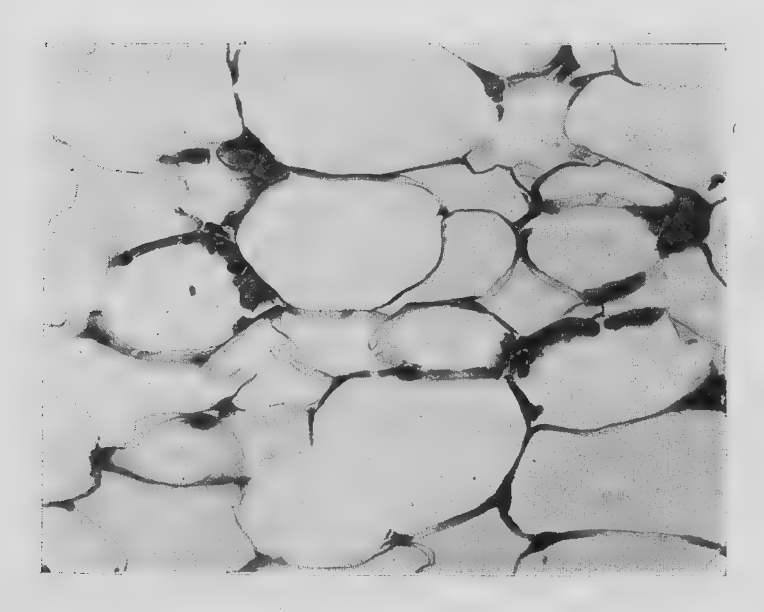


Fig. 1. — Microph. Obj. apochr. 3 mm., oc. 2. Résorption graisseuse lipocytique au début avec tuméfaction et prolifération des cellules adipeuses.

Prélèvement F. 54 : cicatrice opératoire d'une hernie ombilicale datant de 4 semaines. La cicatrice est encore marquée ici par la direction de quelques bandes de sclérose, qui traversent à un certain endroit le pannicule adipeux, et par la présence en profondeur d'un petit foyer de suppuration. La graisse voisinant immédiatement avec cette sclérose cicatricielle présente au maximum les lésions de Wucheratrophie. Mais indépendamment du voisinage immédiat de la cicatrice, nous trouvons des îlots très démonstratifs formant même par endroit de petits kystes. Cet état est rendu mieux qu'une description par la figure 2.

Dans les cicatrices opératoires plus âgées, de 6 semaines à quelques mois, nous trouvons une sclérose de plus en plus marquée et

qui forme un massif fibreux épais traversant le pannicule adipeux. Nous ne pouvons pas encore affirmer si cette sclérose représente le processus cicatriciel normal de la plaie opératoire, ou si le traumatisme du tissu adipeux contribue à la rendre plus exubérante. Nous penchons à croire que le traumatisme du tissu adipeux joue aussi son rôle. Notre matériel ne nous permet pas de saisir cette sclérose à son début par manque de stades chronologiques intermédiaires. Mais un premier fait est certain, c'est que la cellule adipeuse peut

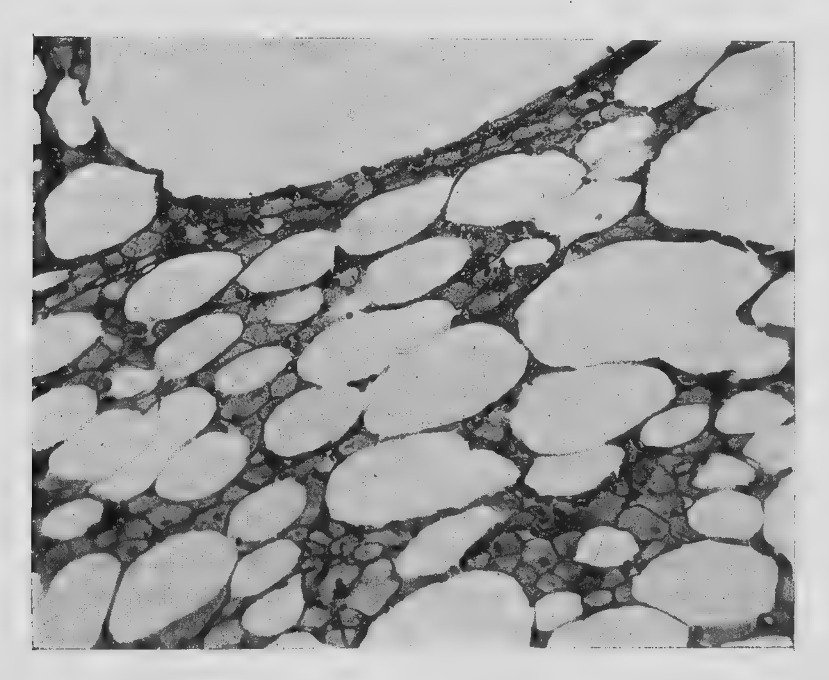


Fig. 2. — Microph. Obj. 4, oc. 2. Résorption graisseuse lipocytique plus avancée ; les cellules adipeuses ont pris un aspect spumeux. Formation de petits kystes dont un plus grand en haut.

se dédifférencier et engendrer du collagène. Nous avons pu constater cette formation dans un cas de résorption graisseuse traumatique de la cuisse et dont nous avons publié l'observation dans notre thèse. De fines fibres conjonctives naissent autour des cellules spumeuses qui sont peu à peu isolées les unes des autres. Quoique exerçant encore leur fonction macrophagique, on constate que ces cellules spumeuses deviennent déjà capable de produire du colla-

gène (fig. 3). Un deuxième fait empirique nous confirme que le tissu adipeux peut participer à la sclérose. En effet, certains chirurgiens attachent beaucoup d'importance à ne pas traumatiser trop la graisse par les écarteurs métalliques au moment de l'opération. Ils auraient constaté qu'en se servant d'écarteurs à extrémités traumatisantes ou en les maniant brutalement, la cicatrice s'indurerait dans les semaines suivantes et présenterait une masse fibreuse, profonde, inesthétique, qui prendrait beaucoup de temps à se résorber,

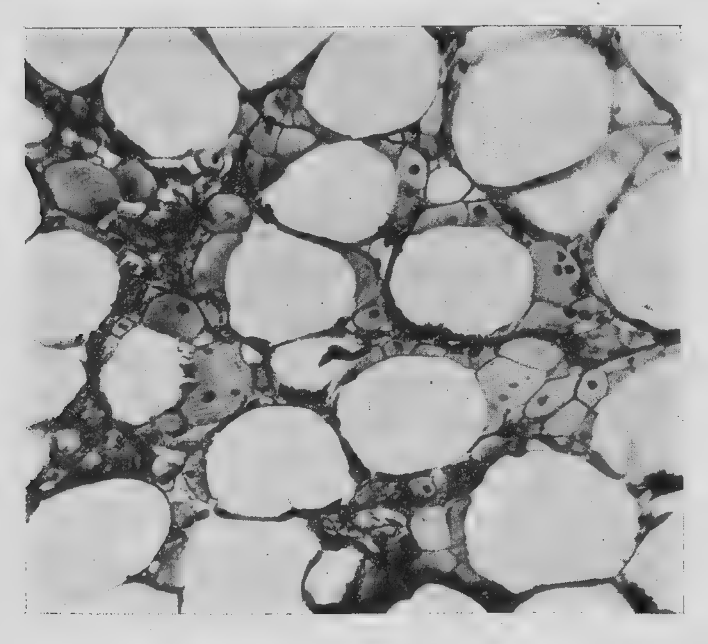


Fig. 3. — Microph. Obj. 4, oc. 3. Stade encore plus avancé de la résorption lipocytique avec apparition de fibres de collagène entre les cellules spumeuses. Le collagène coloré par le bleu d'aniline ressort en foncé.

alors qu'en travaillant soigneusement et avec des écarteurs non fenêtrés, à grande courbure, la cicatrice présenterait un minimum d'induration.

Il convient de voir maintenant ce que devient la graisse dans ce massif scléreux. La coloration de coupes à congélation avec le rouge écarlate nous donne certains renseignements. Dès le stade de Wucheratrophie typique, tel qu'il se présente sur la figure 2, nous voyons des cellules spumeuses remplies de fines gouttelettes

graisseuses. Les cellules adipeuses proliférées se chargent donc de résorber le globule graisseux primitif. Mais il y a plus. Les cellules ainsi chargées de gouttelettes graisseuses peuvent se libérer, et l'on voit des cellules rondes, à noyau arrondi, contenant des gouttelettes rouges, qui sont isolées dans les interstices du tissu adipeux. D'autre part, dans les bandes scléreuses de la cicatrice et dans le derme avoisinant les foyers de Wucheratrophie, nous trouvons à un fort grossissement des cellules rameuses chargées de fines gouttelettes écarlatophiles. Au point de vue de sa dimension et de sa forme, le noyau de ces cellules est un peu plus grand que celui d'un lymphocyte et un peu plus petit que celui d'un fibrocyte ; il est irrégulièrement arrondi et présente parfois des bords sinueux et crênelés. Au point de vue de sa colorabilité, il est plus foncé que celui des fibrocytes, qui est très clair, mais moins foncé que celui d'un lymphocyte. Quant au protoplasme, il n'est guère visible et l'on ne peut poursuivre ses expansions rameuses que grâce aux inclusions graisseuses qui marquent son étendue par de fines gouttelettes rouges de taille variable. La forme nucléaire permet d'identifier ces cellules avec les histiocytes tels qu'ils ont été décrits et représentés par Maximov. Rien n'est pour nous étonner et nous avons déjà esquissé antérieurement la parenté des cellules adipeuses avec les histiocytes. Ces mêmes histiocytes, nous le savons, peuvent se dédifférencier et devenir des cellules capables de produire du collagène.

Il faut donc penser que les cellules spumeuses de la Wucheratrophie, chargées de graisse, peuvent récupérer la mobilité de macrophages, s'arrondir et se libérer pour émigrer. Dans ce cas, elles prennent tôt ou tard une forme rameuse de cellule fixe et produisent alors du collagène.

Nous avons pu faire de nouvelles constatations en nous servant, dans l'étude de ces cicatrices, du bleu de Nil comme colorant de la graisse. Alors que la graisse normale prend une teinte rose pâle, les endroits atteints de résorption par Wucheratrophie présentent une bigarrure de teintes allant depuis le rose, en passant par le rose foncé et toute une gamme violacée, jusqu'au violet très foncé. En plus, il y a un morcellement des globules graisseux en gouttes plus petites et ce sont ces dernières qui présentent les teintes les plus sombres (fig. 4). Il est difficile avec cette technique assez gros-

sière de poursuivre la graisse jusqu'au niveau des histiocytes migrateurs ; certaines cellules paraissent inclure des grains violacés très sombres, sans que nous puissions affirmer qu'il s'agisse-là des gouttelettes écarlatophiles décrites plus haut. Mais il y a un fait certain que nous montre cette méthode, c'est que la résorption graisseuse s'accompagne d'acidification de la graisse. Tout ce passe comme si les cellules spumeuses sécrétaient une lipase rendant la

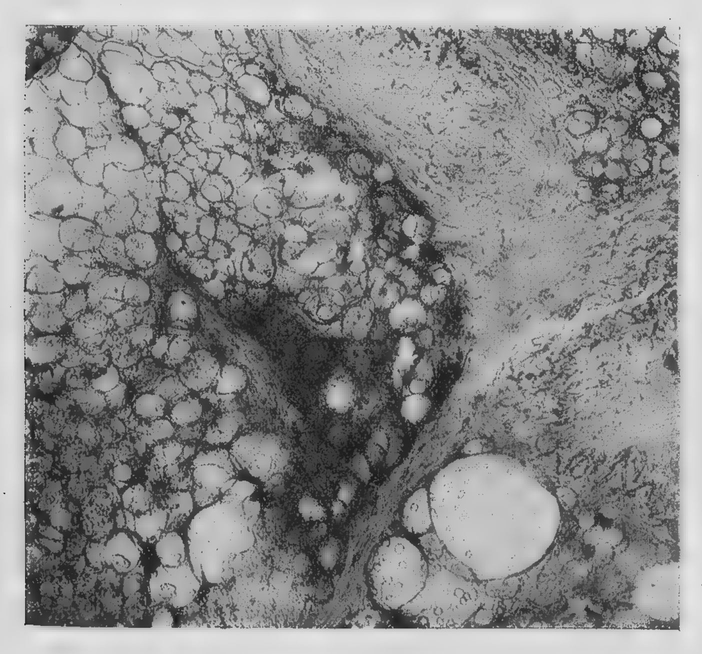


Fig. 4. — Microph. Obj. 2, oc. 3. Même cas que fig. 2, mais coupe à congélation avec coloration au bleu de Nil. On voit, au centre, la partie d'un lobule graisseux qui est plus foncée ; une photo en couleur montrerait la bigarrure de teintes à cet endroit, qui irait du rose-violet au violet très sombre ; traduisant l'acidification de la graisse, qui à l'état neutre normal est colorée en rose pâle.

graisse acide avant qu'elle ne soit résorbée. Ce fait a déjà été signalé par Binet et Vernes qui ont étudié la résorption d'huiles animales et végétales injectées à l'animal. La résorption de la graisse s'accompagne dans ces cas aussi d'une acidification.

Voilà les différents états et manifestations qui caractérisent la Wucheratrophie. Il nous semble qu'à ce terme on pourrait bien substituer celui de résorption graisseuse qui convient tout à fait au

phénomène. Il y a en effet résorption du globule graisseux par la cellule adipeuse elle-même, différenciée en macrophage. Cette désignation convient d'autant mieux, qu'il faut faire une place à part à des états auxquels on donne facilement la dénomination de Wucheratrophie sans examen approfondi, alors qu'il ne s'agit que d'une lésion d'infiltration cellulaire sans résorption graisseuse ou avec une résorption d'un type tout différent.

Infiltration du tissu adipeux.

Le terme d'infiltration doit être pris en ce qui concerne le tissu adipeux avec le même sens qu'il prend quand il s'agit d'une infiltration de n'importe quel autre tissu. Il peut y avoir une infiltration de liquide séreux ou de cellules.

Pour étudier l'infiltration œdémateuse de la graisse, nous nous sommes adressés à un œdème de stase chez un cardiaque mort en asystolie. La pièce a été prélevée au niveau des malléoles, où l'œdème se manifestait par un godet très net à la pression. Malheureusement elle s'arrête avant d'atteindre le tissu musculaire qui participe probablement pour une large part à l'œdème. C'est le derme papillaire qui résiste le mieux à la dissociation œdémateuse. Le derme proprement dit, ainsi que toutes les régions, où il y a du tissu conjonctif dense, résistent aussi, mais déjà on peut voir les gros faisceaux conjonctifs un peu écartés par la poussée œdémateuse. Le maximum d'infiltration œdémateuse se trouve à la limite dermo-hypodermique autour des pelotons sudoripares et autour des petits vaisseaux. Nous y trouvons de larges flaques liquidiennes dissociant le collagène, qui apparaît comme une résille très fine. C'est à partir de cette flaque dermo-hypodermique que le tissu adipeux paraît envahi à son tour, car dans les lobules plus profonds il n'y a aucune modification apparente de la structure. Ce sont donc seulement les lobules superficiels qui, dans ce cas-ci — cela dépend évidemment de l'importance de l'œdème — sont dissociés. Le liquide s'infiltre entre les globules graisseux dont les mailles réticulaires se dédoublent par décollement.

Ceci dit, il est facile d'imaginer à côté de l'infiltration séreuse, une infiltration cellulaire. Celle-ci peut se présenter dans des cas variables et avec des aspects différents. Il y a une infiltration cel-

lulaire simple où combinée avec de la résorption graisseuse, et, enfin, il y a les cas de suppuration, où il y a une nécrose véritable du tissu adipeux.

L'infiltration cellulaire simple est difficile à constater à l'état de pureté ; répondant à un processus irritatif, ce dernier a vite fait de se manifester aussi, au niveau du tissu adipeux, par des phénomènes de résorption. Dans le cas de la figure 5, où il s'agit d'émigration de lymphocytes au voisinage d'un ganglion lymphatique, nous croyons avoir affaire à une infiltration cellulaire simple sans résorption graisseuse. En effet, la dimension et le nombre des globules

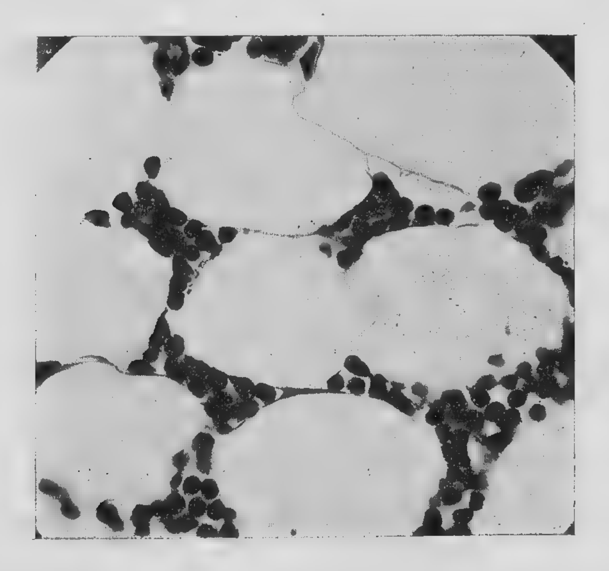


Fig. 5. — Microph. 1 mm., 1/16, oc. 2. Infiltration cellulaire du tissu adipeux par des lymphocytes émigrant d'un ganglion lymphatique voisin. Les cloisons réticulaires des cellules adipeuses sont dédoublees pour faire place à l'infiltrat.

graisseux paraissent normaux et leurs cloisons, bien nettes, se sont dédoublées pour faire place à l'infiltrat.

Infiltration et résorption combinées du tissu adipeux.

Nous avons cherché à saisir la même image d'infiltration simple dans l'envahissement du tissu adipeux par des leucémides cutanées (E. 362), en leur supposant un minimum d'action irritante. A la

périphérie de l'envahissement, nous trouvons un aspect absolument superposable à la figure 5 et qui mérite la désignation d'infiltration simple. Mais, au fur et à mesure que la tumeur leucémique grossit, le tissu adipeux, qui est envahi et non repoussé, s'atrophie, sans perdre toutefois sa structure lobulée qui reste longtemps reconnaissable. Mais les globules graisseux groupés en lobules, sont moins nombreux, beaucoup sont plus petits de taille, et enfin ils sont

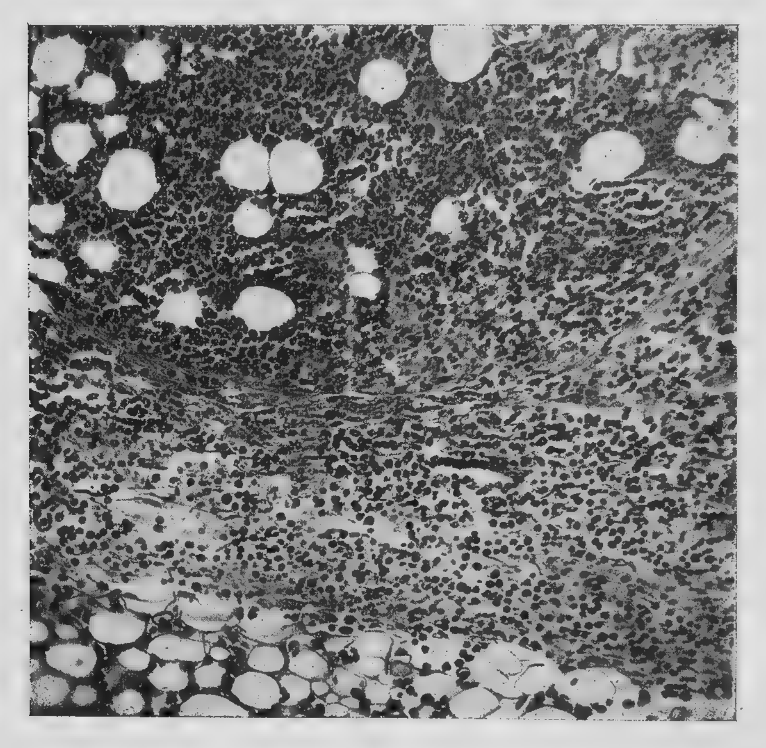


Fig. 6. — Microph. Obj. 4, oc. 2. Infiltration et résorption graisseuse combinée. Leucémide lymphoïde infiltrant le tissu adipeux dans le bas de la fig.; en haut disparition du tissu adipeux.

dissociés par l'infiltrat leucémique (fig. 6). Cette diminution considérable de la graisse parle contre une infiltration cellulaire simple, aussi avons-nous fait des colorations au rouge écarlate, pour voir ce qui se passait et quels étaient les moyens de disparition de la graisse en l'absence de résorption typique par les images de

Wucheratrophie qui font entièrement défaut. Le tissu adipeux ne disparaît pas sans laisser de trace, comme pourrait le faire un tissu épithélial ou conjonctif envahi par une tumeur. Il s'agit dans notre cas d'une leucémide lymphoïde, donc d'une lésion à évolution plus ou moins chronique. S'il y a eu transport de graisse, ce dernier s'est fait petit à petit et non d'une manière brutale. Nous avons été très surpris de trouver des gouttelettes graisseuses très fines dans les cellules de la tumeur même. Il nous semble, dans nos coupes à congélation, que ce ne soit pas l'apanage des lymphoblastes ou macrophages de contenir ces gouttelettes graisseuses ; de nombreux lymphocytes en possèdent aussi. Nous affirmons ce fait, sans attribuer à la suite de ces simples images histologiques un pouvoir macrophagique aux lymphocytes, les lymphoblastes ont pu garder leurs enclaves tout en mûrissant et devenir néanmoins lymphocytes.

Il faut conclure de cette observation, qu'il est difficile d'affirmer une infiltration cellulaire simple du tissu adipeux sans phénomène de résorption graisseuse. Ajoutons tout de suite, que celle-ci se fait ici suivant un mode bien spécial. A plus forte raison quand il s'agit d'une lésion inflammatoire, il y a pour ainsi dire toujours une résorption graisseuse concomitante. Souvent, celle-ci se fait suivant le type de la Wucheratrophie, comme on peut le voir dans les inflammations banales ou dans la stroma-réaction d'un cancer envahissant le tissu adipeux. Mais notre observation du cas de leucémide nous laisse prévoir que les cellules de l'infiltrat elles-mêmes sont capables de prendre une part active dans cette résorption.

Ceci est même la règle dans les cas de suppuration aiguë et franche envahissant le tissu adipeux. Ce dernier est nécrosé sur une étendue plus ou moins grande et est incapable d'une réaction autochtone. Les cellules adipeuses ne sont plus reconnaissables dans le magma de polynucléaires et de cellules rondes du pus. La présence de la graisse ne se manifeste plus, sur les coupes à la paraffine, que par des espaces arrondis ayant la dimension d'un globule graisseux normal ou beaucoup plus grand et résultant de la fusion de ces derniers. Dans les coupes à congélation de nombreuses cellules de l'infiltrat purulent contiennent des gouttelettes graisseuses ; non seulement les mononucléaires, mais aussi les polynucléaires peuvent s'en charger. Par-ci, par-là, librement dans

cet infiltrat on peut parfois trouver de grands cristaux en aiguilles mesurant en longueur environ le diamètre d'un globule graisseux normal pour prendre un point de comparaison et qui ne sont pas colorés par les colorants de la graisse, mais deviennent bien visibles en se servant du diaphragme. Avec le bleu de Nil, la plupart des graisses se trouvant dans le foyer de suppuration ont perdu leur couleur rose et ont pris des teintes variables allant jusqu'au violet très foncé, sans qu'on puisse toutefois reconnaître, avec cette coloration, les graisses intracellulaires dans le pus. Ici encore, il y a acidification de la graisse au moment de sa résorption.

Les cellules capables de résorber la graisse.

Nous venons de voir que beaucoup de types cellulaires sont capables d'intervenir dans la résorption graisseuse, et que chaque fois celle-ci s'accompagne d'acidification, démontrée par le bleu de Nil. Parmi les éléments cellulaires qui jouent un rôle dans cette résorption, il faut citer en première ligne la cellule adipeuse elle-même, dont nous avons pu suivre les modifications. Ensuite ce sont les cellules rondes, les lymphocytes et les monocytes pour lesquels il est établi depuis les travaux de Roger et Binet et de Fiessinger qu'ils sont pourvus d'une lipase. En ce qui concerne les histiocytes, il y a d'une part un lien de parenté très étroit qui les unit aux monocytes, et d'autre part un lien de parenté avec les cellules adipeuses elles-mêmes, qui d'après Wassermann seraient d'origine réticulo-endothéliale. Nous-mêmes avons déjà insisté sur ce fait. Non seulement l'histiocyte macrophage est capable de résorber la graisse, mais la cellule adipeuse elle-même se comporte dans cette occasion comme un macrophage. Ce qui était pour nous surprendre c'était de trouver des gouttelettes de graisse dans les polynucléaires alors que ces derniers seraient complètement exempts de pouvoir lipolytique (Fiessinger). Le fait est, que, dans les résorptions graisseuses subaiguës, ce sont presque uniquement les mononucléaires qui se chargent de gouttelettes écarlatophiles, alors que les polynucléaires n'en contiennent pas. Mais comme nous l'avons dit, les polynucléaires en contiennent indubitablement dans les cas de suppuration.

Pour conclure, nous avons passé en revue quelques lésions élé-

mentaires du tissu adipeux. Mettons en tête *l'infiltration du tissu adipeux* qui est soit séreuse, soit cellulaire et qui, dans ce dernier cas, peut ne pas rester pure, mais s'accompagner de résorption graisseuse. Nous avons vu que cette résorption peut avoir des modalités multiples. Ou bien c'est la cellule adipeuse elle-même qui en est l'agent, ou bien ce sont des cellules d'inflammation immigrées et même dans notre cas les cellules constitutives d'une leucémide cutanée. Nous distinguons donc ce que nous nous proposons d'appeler *une résorption graisseuse lipocytique* qui correspond à la Wucheratrophie de Flemming et *une résorption graisseuse allocytique* qui peut être soit aiguë, quand le polynucléaire est l'agent principal, soit subaiguë ou chronique quand ce sont des cellules rondes et des macrophages.

Ajoutons le fait important de l'acidification de toute graisse qui est résorbée, parce que c'est lui qui nous donnera l'explication d'une autre lésion élémentaire du tissu adipeux, *le granulome lipophagique* ou la cytostatonécrose que nous étudierons dans un travail ultérieur.

DERMATOSE PIGMENTÉE DES JAMBES (SCHAMBERG ?) ET HÉMANGIECTASIE TUBERCULEUSE

Par L. LABRO
(Clinique de Dermatologie et Syphiligraphie de l'Université de Toulouse : Prof. Ch. Audry).

Le syndrome signalé en 1902 par M. Schamberg a longtemps passé pour assez rare. Cependant pendant ces dernières années les observations s'en sont considérablement multipliées. Dans un travail paru en 1928 Balbi en signalait déjà 57 cas. En 1930, Selisky y ajoute un certain nombre de faits nouveaux, et nous-même en l'espace de peu de semaines nous en avons observé deux cas : le premier amené par M. Nanta et tout à fait conforme à la description originelle. En voici un second qui se rattache davantage aux variétés ultérieurement décrites, c'est-à-dire abondantes en formations télangiectasiques. Notons en passant que les observations françaises sont bien peu nombreuses : celles de Zimmerlin-Lanzenberg et de W. Dubreuilh. Nous n'avons pas qualité pour décider si les deux cas présentés à la Société de Dermatologie par MM. Gougerot et Blum, le 2 avril et le 10 décembre 1925 sous le nom de « Dermatite lichénoïde purpurique et pigmentée » rentrent dans le cadre du Schamberg. Notons en outre que W. Dubreuilh conteste l'exactitude de la définition du cas Zimmerlin-Lanzenberg, mais, semble-t-il, avec un peu d'hypercritique.

L'observation que nous publions présente un petit nombre de particularités, sur lesquelles nous insisterons tout à l'heure et qui confirment la tendance à rattacher cette petite maladie à un groupe d'affections beaucoup plus étendu.

Observation. — Marguerite X..., 37 ans. Sans antécédents héréditaires. Parmi ses frères et sœurs, une sœur présente un état marbré livédineux du tégument.

Antécédents personnels : Rougeole dans l'enfance. Réglée à 12 ans mais mal. Mariée à 18 ans. 3 enfants dont 2 sont morts. 1 fausse couche en 1927. Pas d'autre accident. Epistaxis fréquentes. Il y a 10 ans, entorse tibio-tarsienne gauche, probablement assez grave, qui a laissé un peu de tuméfaction articulaire avec quelques craquements et de la gêne à la fatigue (Radiographie du squelette normale).

La maladie actuelle a débuté en 1923, deux ans après l'entorse, par de petites taches rouges apparues sur le dos du pied gauche, qui ont mis plusieurs années à acquérir les dimensions actuelles. L'extension a été accélérée après une attaque de grippe survenue en 1930, et vers ce même moment apparurent des télangiectasies de la jambe et du pied droit.

La lésion débute par un petit point rouge qui s'élargit et projette irrégulièrement sur son pourtour un chevelu vasculaire d'abord très clair, de plus en plus compact et finalement en nappe rouge foncé bleuâtre.

Ce n'est que depuis quelques mois que la malade a noté l'apparition sur les deux jambes de taches pigmentées brun jaunâtre ne s'effaçant pas à la pression et qui ne correspondent nullement au réseau livédineux dont elle présente des manifestations assez intenses sur les 4 membres.

Actuellement, en dehors du livedo et d'un certain état de rougeur et de parakératose de la face, le tégument de la malade ne présente aucune anomalie autre qu'un certain degré d'hyperidrose, manifeste sur les mains, intense sur les pieds.

Le quart inférieur des deux jambes, les zones tibio-tarsiennes et le dos du pied présentent des nappes télangiectasiques considérables ; du reste plus développées à gauche qu'à droite et qui respectent complètement les régions plantaires. A gauche, une nappe télangiectasique compacte occupe toute la région malléolaire, le cou-de-pied, la région achilléenne et le dos du pied jusqu'au milieu du métatarse. A la base des orteils, tache lie de vin. La jambe gauche elle-même présente dans son tiers inférieur des touffes de télangiectasies d'une apparition plus récente sous forme d'un chevelu vasculaire irrégulier, flexueux, dispersé autour d'une tache centrale. A la pression tous ces vaisseaux se vident complètement, mais ils se remplissent à la fois par leur bout supérieur et par leur bout inférieur. Il n'y a pas de squames et si la plupart du temps l'épiderme y paraît pigmenté, il en est d'autres où la peau est tout à fait blanche.

Sur la partie inférieure de la jambe droite, même lésion, un peu moins développée et qui serait de date plus récente. Sur la face dorsale du pied, la disposition des télangiectasies dessine un cercle à peu près clos, si ce n'est en dedans, d'un diamètre de 6 à 7 centimètres, dont l'aire est complètement normale. La malade affirme que ce cercle s'est formé par l'apparition *in situ* de télangiectasies successives, comme

radiées, rangées les unes à côté des autres, et nullement par extension d'un point central.



Sur les jambes, abstraction faite et indépendamment du livedo déjà noté, la presque totalité des 2 jambes présente des aires de pigmentation

brun jaunâtre disposées en îlots, en bandes, ne s'effaçant pas, mais au contraire accusées à la pression ; quelques-unes d'entre elles recouvrent les zones de télangiectasie. Aucune ne dépasse les genoux.

Nulle part nous n'avons trouvé de formation papuleuse, ni rien qui corresponde aux grains rouges signalés par les descriptions de Schamberg. Mais sur plusieurs points on se rend compte que de tous petits points télangiectasiques bleuâtres commencent à se manifester. Sur la jambe gauche, à la partie supérieure de la face interne, tache blanchâtre entourée d'un cercle pigmentaire presque granuleux comparable au réticulum des formes typiques. D'une manière générale, l'épiderme qui correspond aux surfaces pigmentées est légèrement rugueux ou tout au moins, moins lisse que dans les zones normales.

L'examen des *poumons* n'indique rien à l'auscultation ni à la percussion ; mais à la radiographie on aperçoit de nombreuses ombres hilaires et juxta-hilaires, tramite très apparente, et en plus des taches blanchâtres disséminées correspondant à des tubercules crétacés.

Le cœur est normal. La tension aux bras est de 13/7. Aux jambes, dans le tiers supérieur, les chiffres sont identiques avec un indice oscillométrique de 2,5, mais par contre, en pleine zone télangiectasique c'est-à-dire dans le tiers inférieur, l'indice oscillométrique atteint à peine une division. La pédieuse bat bien. Les urines sont normales.

Le système nerveux, le tube digestif et les organes des sens n'offrent aucune anomalie.

A l'examen du sang, la formule leucocytaire et la numération globulaire donnent des résultats normaux.

Les réactions sérologiques R.-W.—Kahn sont nettement négatives. Le Mantoux est nettement positif.

Comme traitement, M. Audry a prescrit des injections de sels d'or (chrysalbine). Les résultats immédiats ont été très favorables ; mais la seconde injection (0,10) a déterminé de la fièvre et un vif érythème aurique, et la troisième (0,05) une fièvre qui a persisté 4 jours ; nous avons cessé, malgré une amélioration considérable des télangiectasies.

Dans l'ensemble, il ne peut y avoir de doute sur le fait que cette malade rentre dans le cadre de la dermatose de Schamberg, à la condition de l'élargir.

Tout le monde est maintenant d'accord pour attacher la plus grande importance aux formations hémangiectasiques qui accompagnent constamment la dermatose pigmentée de Schamberg. Déjà les fameux grains de poivre de Cayenne apparaissent comme des angiectasies punctiformes, et d'autre part la nature hémosidérique du pigment (reconnue dès longtemps par Kingery) en indiquait la nature hématique. Si l'on parcourt les observations réunies dans les

travaux d'ensemble les plus récents on y voit accusée de plus en plus énergiquement l'importance de ces mêmes hémangiectasies. C'est ainsi que depuis longtemps on s'efforce de rapprocher la maladie de Schamberg du purpura télangiectode de Majocchi, et aussi de l'en distinguer.

Comme élément de différenciation on indique que dans le Schamberg, les placards télangiectasiques parfois considérables apparaissent simultanément, occupent les membres inférieurs et n'affectent jamais la disposition en cercle du *purpura annularis*. Si l'on examine avec soin les photographies, que nous devons à l'obligeance de M. Rigaud, et si l'on considère que tout ce qui paraît en brun est en réalité d'un rouge vif noirâtre ou bleuâtre, on voit sur les jambes de notre malade des placards en forme de nappe frangée qui correspondent exactement aux descriptions habituelles. Mais en plus, et c'est là ce qui rend notre observation remarquable, on voit, assez mal d'ailleurs, que sur le dos du pied droit il existe en outre un anneau de télangiectasie tout à fait circulaire, presque complètement clos et qui circonscrit une surface cutanée blanche intacte. Une pareille disposition rappelle de bien près la forme annulaire du purpura de Majocchi et de ce chef notre cas constitue un excellent cas de passage entre les deux syndromes. Dans les observations Selisky il existait des cercles non pas télangiectasiques mais pigmentés.

Depuis Balzer et avec le consentement de Majocchi lui-même on tend de plus en plus à rattacher à la tuberculose le *purpura annularis telangiectodes* : or notre malade est manifestement tuberculeuse (comme cela se retrouve du reste dans plusieurs autres observations antérieures). Si l'efficacité des sels d'or est valable chez notre malade nous aurons une raison de plus de pencher vers la nature tuberculeuse de la lésion.

En résumé notre observation apporte un bon argument à l'appui de l'opinion qui veut voir dans les pigmentations du groupe Schamberg, une *séquelle hémosidérique d'hémangiectasies d'origine tuberculeuse*. On la trouve ainsi bien rapprochée de ce groupe Majocchi dont M. Audry réclamait la constitution, et dont le voisinage a si souvent été reconnu.

Bibliographie

Le lecteur trouvera facilement dans les trois dernières années de ces *Annales* tous les renseignements nécessaires sur la question :

Un travail d'ensemble de W. Dubreuilh en mai 1928, p. 337 ;

Un autre travail d'ensemble de Schwartzmann en octobre 1928, p. 884 ;

Et enfin cette même année, p. 971, une étude de Racinovski.

Le travail de Balbi a été longuement analysé par Belgodere dans ces *Annales*, 1929, p. 108.

Un autre travail de Masia analysé dans ces mêmes *Annales* par Belgodere en 1929, p. 899.

Le dernier en date, celui de Selisky, qui est consacré particulièrement à l'étude des télangiectasies et la parenté avec le purpura annulaire a paru dans le *Dermatologische Wochenschrift*, 1930, t. XCVI, n° 31, 2 août, p. 113. Il est résumé dans les *Annales*, 1930, p. 1296.

La thèse de Diss *(Hémosidérose cutanée)* est de Strasbourg, 1929.

La note de M. Audry sur le groupe Majocchi a paru dans le *Bulletin de la Société de Dermatologie et Syphiligraphie*, 1929, p. 467 : variété discoïde télangiectasique et non purpurique de tuberculide (groupe Majocchi).

LE TRAITEMENT DU PSORIASIS PAR LES SQUAMES

Par A. TOMA (1) (de Jassy)

Les bons résultats que l'on a obtenus dans les maladies à germes inconnus par des émulsions formolisées de tissus portant des germes de la maladie, nous ont déterminé à expérimenter dans le

(1) L'auteur pense que pareille tentative n'a pas été faite avant lui, sans rien affirmer cependant en raison de la difficulté où il se trouve de procéder à des recherches bibliographiques. Il existe cependant d'autres essais du même genre et en particulier ceux de Georges Yoannovitch.

Le Docteur Georges Yoannovitch signale que depuis plus d'un an Mihaylovitch (MIHAYLOVITCH, V. Sur le traitement du psoriasis par les produits de digestion des squames cutanées, *Arch. Serbe de Méd.*, Belgrade, 1929 et *Wiener Klin. Wochenschr.*, 1929) traite avec succès les formes cliniques les plus graves du psoriasis en se servant d'un extrait obtenu par digestion des squames psoriasiques par la pepsine et la trypsine suivant une technique indiquée il y a une dizaine d'années par Yoannovitch. L'extrait est injecté sous la peau tous les jours ou avec un intervalle de quelques jours à des doses de 1 à 10 cm^3 et ne provoque comme réaction qu'une démangeaison.

Peu après le début du traitement la desquamation des efflorescences se fait beaucoup mieux, l'enlèvement artificiel des squames n'est plus suivie d'hémorrhagies punctiformes, les articulations reprennent leur mobilité et les douleurs diminuent progressivement. Les efflorescences psoriasiques disparaissent d'abord au cuir chevelu, ensuite à la poitrine et au ventre, celles du coude et des genoux sont les plus résistantes.

Comme dans les autres traitements, l'injection de l'extrait n'empêche pas les récidives qui cèdent définitivement à la répétition des injections d'extrait.

Il s'agit là d'un traitement spécifique. En effet, en injectant à deux psoriasiques un extrait préparé avec des squames d'un cas d'ichtyose Mihaylovitch a constaté l'aggravation de l'état de ses malades due à l'apparition d'une dermatite. Dans le psoriasis les résultats sont encore meilleurs si l'on traite le malade avec un extrait préparé au moyen de ses propres squames. Devant les excellents résultats obtenus en Yougoslavie et dans d'autres pays, il semble à l'auteur qu'il y aurait lieu d'étendre à d'autres affections l'application de la méthode qui lui a donné de si bons résultats dans le traitement du psoriasis.

psoriasis la vaccinothérapie en utilisant, dans la préparation du vaccin, le formol comme substance germicide. En effet le formol est la substance germicide qui jusqu'à présent modifie, moins que toute autre substance antiseptique, la spécificité antigénique des protéines microbiennes.

Le vaccin se prépare de la façon suivante : On récolte les squames psoriasiques par raclage avec un bistouri ou bien avec une lame de verre. On les met ensuite dans un mortier et on les triture jusqu'à obtenir une poudre fine presque impalpable. La poudre ainsi obtenue est émulsionnée dans du sérum physiologique et mise dans des tubes à essais.

On ajoute 0,25 o/o de formol et après agitation l'émulsion est gardée à 37° en l'agitant de temps en temps afin de faciliter l'élimination du formol. La concentration de l'émulsion est telle qu'après une sédimentation de 24 heures le dépôt mesure une hauteur de 1 à 2 centimètres. On pratique le contrôle bactériologique après 48 heures de séjour à l'étuve ; mais on continue de maintenir l'émulsion à 37° jusqu'à une semaine, autrement l'évaporation du formol serait incomplète et la réaction locale assez douloureuse.

Les injections sont pratiquées toujours par voie sous-cutanée.

Nous commençons par injecter des doses de 2-3 cm^3 tous les 2 jours et nous arrivons à injecter jusqu'à 10 cm^3 d'un seul coup à 3-4 jours d'intervalle. Le plus souvent, en utilisant de fortes doses, il se produit, au lieu de l'injection, de grandes infiltrations nodulaires, qui persistent assez longtemps, mais qui se résorbent toujours spontanément.

Nous attirons l'attention sur ce fait que l'injection de vaccin n'est suivie que de réactions générales sans importance.

Nous avons traité de cette manière trois psoriasiques : deux femmes et un homme. Les deux femmes avaient un psoriasis généralisé, la première depuis un an, la deuxième depuis 16 ans. L'homme avait un psoriasis localisé au niveau des deux régions temporales et sur les organes génitaux, qui durait depuis 7 ans.

Nous allons résumer ici ces trois observations :

Observation I. — L. V..., âgée de 17 ans, se présente avec un psoriasis *vulgaris* généralisé, qui remonte à un an. Il est apparu sous forme de petites taches érythémato-squameuses, plus accentuées aux coudes et aux genoux se généralisant depuis 5 mois sur tout le corps, formant

par endroits des plaques étendues confluentes de la grandeur d'une main et recouvertes d'une épaisse couche de squames. Il n'y a pas eu de syphilis dans les antécédents. Le Bordet-Wassermann est négatif.

Dans le but de mieux juger l'efficacité du traitement on n'a fait à la malade absolument aucun autre traitement interne ou externe et on lui a supprimé même les bains.

Le traitement a commencé le 13 novembre 1930 et a duré jusqu'au 9 décembre 1930. On a fait 9 injections, la quantité totale de vaccin injecté étant de 80 centimètres cubes.

Résultats. — Après les 5 premières injections on a observé un amincissement des surfaces psoriasiques, qui se nivelaient avec la peau saine de l'entourage. Petit à petit, les squames se sont détachées complètement et la congestion a disparu. Les phases de la guérison ont été plus rapides à proximité du lieu d'injection. A la fin de la cure, le 9 décembre 1930, la malade était complètement guérie. La guérison a donc eu lieu en un mois.

Observation II. — D. F..., âgée de 38 ans, se présente avec un psoriasis généralisé datant de 16 ans. L'éruption était formée par des éléments de différentes grandeurs très squameux par endroits. On observait des plaques de la grandeur d'une main surtout dans les régions sous-mammaires, lombaires, ainsi que sur les avant-bras et les pieds. Sur le cou il y avait une énorme plaque qui respectait seulement la région antérieure. L'éruption s'étendait de même sur la peau de la tête la couvrant en totalité et descendant sur la partie latérale des régions frontales et sur les deux régions massétériennes. Chez cette malade le psoriasis évoluait d'une manière cyclique. Il apparaissait aux mois de septembre et octobre et se généralisait petit à petit sur toute la surface de la peau. L'éruption durait tout l'hiver et une partie du printemps et rétrocédait pendant l'été jusqu'en automne, alors commençait une nouvelle poussée. Les choses se répétaient ainsi très exactement chaque année.

Le traitement a commencé le 23 octobre 1930. Jusqu'au 1er janvier 1931, la malade a reçu 21 injections qui correspondent à un total de 120 centimètres cubes de vaccin. Dans ce cas l'effet thérapeutique a été plus lent. Toutefois, après un peu plus de deux mois de traitement, l'éruption a disparu presque complètement et il ne persiste que quelques squames fines qui sont sur le point de disparaître.

Nous attirons l'attention sur le fait que chez cette malade l'éruption psoriasique était en pleine évolution au moment où l'on a commencé le traitement. L'apparition de nouveaux éléments éruptifs a cessé et ceux qui existaient ont régressé en s'arrêtant au stade érythémateux sans arriver à maturité.

Observation III. — C. A..., âgé de 35 ans, se présente avec un psoriasis qui dure depuis 7 ans et était localisé à la peau de la tête et aux

organes génitaux. Au niveau de la tête existent deux plaques circulaires qui occupent les deux régions temporales, bien délimitées, et deux autres plus petites dans la région frontale. Les surfaces malades sont recouvertes de grosses squames formant une carapace adhérente.

Dans la région génitale, la lésion se montre sous la forme d'un érythème avec de petites squames minces. Le traitement avec des squames a commencé le 9 décembre 1930 et a duré jusqu'au 24 décembre 1930. Pendant ce temps le malade a reçu 8 injections. Au total 58 centimètres cubes de vaccin.

Résultats. — Après deux semaines de traitement, les squames se sont détachées, laissant des surfaces congestives ; la congestion tend ensuite à disparaître à son tour en laissant une bordure rouge sur les bords des surfaces psoriasiques.

Conclusions. — La vaccinothérapie du psoriasis par des squames injectées en quantité massive a produit une guérison quasi-totale dans trois cas de psoriasis généralisé ancien ou récent, ou de psoriasis ancien localisé.

Il reste à voir si les guérisons obtenues par nous seront durables et dans quelle mesure le traitement aura pu prévenir une récidive.

(Laboratoire d'Hygiène de la Faculté de Médecine de Jassy).

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juin 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Considérations sur le mécanisme de l'action thérapeutique dans la malariathérapie, par R. Targowla. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 6, juin 1931, p. 401.

L'inefficacité ou l'insuffisante efficacité des méthodes pyrothérapiques imaginées avant l'introduction de la malariathérapie, conduisent à penser que c'est le processus toxi-infectieux lui-même dans sa complexité qui joue un rôle thérapeutique. Pour Dujardin, il y aurait modification de l'état *anergique* de la parasyphilis et sa transformation en état allergique, « exacerbation des possibilités défensives de l'organisme ». T. fait remarquer que le spirochète vit d'un parasitisme étroit dans le tissu où il s'est fixé et dont il suit le sort dans la mesure où l'équilibre établi peut être perturbé. Une toxi-infection, la malaria, vient modifier profondément les interactions du milieu et du parasite ; elle les lèse dans les mêmes conditions, mais tandis que la cellule cérébrale rétablit plus ou moins son équilibre antérieur, le spirochète, plus fragile peut-être, ne récupère pas sa vitalité normale ; sans doute, aussi offre-t-il une prise plus favorable aux réactions allergiques de l'organisme. Modification favorable du terrain, mais aussi atteinte directe du spirochète ; telle est l'explication que T. propose, explication permettant de comprendre les différences individuelles, les résultats partiels ou nuls. H. Rabeau.

Trente ans après... ou la vie des syphilitiques, par Carle. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 6, juin 1931, p 407.

Voici une statistique fort intéressante de 415 malades soignés ou vus par C. de 1910 à 1920, et revus par lui de 1920 à 1930. Sur ces 415 malades, il a trouvé 154 accidents que l'examen ou le résultat du traitement permettaient de rattacher avec certitude à la syphilis, 51 cas dans lesquels la syphilis pouvait entrer en jeu comme action favorisante ou prédisposante, 143 cas dans lesquels la syphilis n'était pas en cause, 3 réinfections. Il donne le détail de tous ces cas.

Comparant sa statistique à celle du Prof. Fournier, il note une diminution formidable des gommes et des ulcérations sous toutes leurs formes, 17,5 o/o. En revanche, le chiffre des lésions nerveuses est impressionnant : 80 cas sur 154 cas, soit près de 50 o/o. La statistique de Fournier donne 32 o/o, mais cependant C. ne conclut pas à une augmentation, car il a fait figurer dans sa statistique certains accidents qui n'étaient pas considérés comme spécifiques à l'époque de Fournier. De même pour les lésions cardio-aortiques qui semblent plus nombreuses. Sa statistique le confirme dans la nécessité d'un traitement mercuriel presqu'indéfiniment prolongé.

H. Rabeau.

Le deuxième cas de chancre syphilitique de l'amygdale linguale, par Belgodere. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 6, juin 1931, p. 415.

A la suite de Lévy-Bing et Camus, B. publie l'observation d'un chancre de l'amygdale linguale observé par lui pendant la guerre.

Comme eux, il insiste sur la nécessité de « penser » à ces localisations rares de la syphilis, et d'être très circonspect avant d'affirmer une syphilis décapitée. H. Rabeau.

Pleurésies syphilitiques secondaires et tuberculose, par H. Gougerot. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 6, juin 1931, p. 419.

Les deux observations que publie G. montrent que des pleurésies ayant tous les caractères des pleurésies syphilitiques sont démontrées être tuberculeuses par l'inoculation du liquide au cobaye. Existe-t-il des pleurésies syphilitiques sans tuberculose et dans quelle proportion ? C'est ce que la recherche systématique de la tuberculose démontrera. Il s'agit de deux syphilitiques secondaires au stade de la roséole chez lesquelles survient une pleurésie sérofibrineuse ayant tous les caractères de la pleurésie syphilitique et guérissant par le traitement antisyphilitique. L'inoculation de liquide pleural au cobaye fut positive.

H. Rabeau.

Bulletin de l'Académie de Médecine (Paris).

Sérodiagnostic de la lèpre par l'agglutino-sédimentation des globules rouges de mouton formolés, par C. Rubino. *Bulletin de l'Académie de Médecine*, 95e année, 3e série, t. CV, pp. 890-893.

Technique très détaillée de cette réaction très simple qui compare la sédimentation de globules formolés avec celle de globules frais en présence du sérum chauffé du malade.

Sur 36 lépreux authentiques, 27 résultats positifs, surtout dans les lèpres tubéreuses.

Chez 304 autres sujets, une seule réaction positive chez un colonial ayant de l'épaississement des nerfs cubitaux et quelques troubles sensitifs dans les zones correspondantes. A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXV. Primavera, par Clément Simon. *Bulletin Médical,* 45e année, n° 23, 6 juin 1931, p. 391.

Ces éruptions, dues aux primevères, sont surtout bien connues depuis les travaux de Thibierge. S. en rapporte trois exemples montrant le polymorphisme de cette éruption, tantôt simplement érythémateuse, tantôt urticarienne, tantôt eczématiforme, tantôt dyshidrosiforme. Les caractères objectifs ne permettent donc pas un diagnostic, mais la localisation aux parties découvertes, l'apparition au printemps, l'interrogatoire y aideront.

D'autres plantes peuvent d'ailleurs donner de telles éruptions : l'ortie, le *rhus toxicodendron* et aussi, mais plus exceptionnellement, les anémones, les chrysanthèmes. H. Rabeau.

Le traitement des dermatoses à Uriage, par A. Boutelier. *Bulletin Médical,* 45e année, n° 23, 6 juin 1931, p. 395.

L'eau d'Uriage, eau *sulfo-saline,* réalise un véritable sérum isotonique sulfureux. Le soufre s'y trouve à l'état naissant, on peut dire à l'état colloïdal. B. s'élève contre cette conception : Uriage = eau sulfureuse forte, donc dermatoses torpides non irritables. Bien maniée, elle a beaucoup d'autres indications que B. passe en revue. C'est une eau chlorurée sulfurée sulfatée, son isotonie lui donne une physionomie particulière et permet son utilisation en injections hypodermiques ou intraveineuses. Elle répond à un double but : action locale sur la dermatose, action générale sur le terrain. L'action générale est à la fois dépurative et modificatrice de la nutrition générale. Action d'oxydation, action anti-anémique, action sur les sécrétions endocrines, sur la nutrition cutanée, action désensibilisatrice, rôle de remplacement, rôle de renforcement vis-à-vis de certains médicaments. B. décrit les techniques de cure et les résultats obtenus dans diverses dermatoses.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris

L'incubation du tabès et de la paralysie générale, par A. Sézary et Mme Roudinesco. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 47e année, n° 19, 8 juin 1931, p. 968.

Les auteurs ont étudié un très grand nombre (3.000) de dossiers de paralysie générale sur lesquels ils en ont retenu seulement 227 où la date du chancre a été connue, et 189 où les modalités de traitement ont été précisées. La durée moyenne d'incubation pour la paralysie générale a été de 15 ans 8, pour leurs 104 tabétiques, 16 ans 07. La durée d'incubation n'est donc guère différente actuellement de ce qu'elle était autre-

fois. De leurs statistiques, il résulte que « l'intensité du traitement suivi au début du traitement de la syphilis joue un rôle considérable sur la durée de l'incubation de la neuro-syphilis parenchymateuse. — La complication nerveuse apparaît d'autant plus tôt que le traitement précoce a été plus important, tout en ne remplissant pas les conditions exigées des syphiligraphes pour qu'on puisse le considérer comme suffisant. Ainsi donc, plus le traitement précoce insuffisant a été fort, plus la durée de l'incubation du tabès et de la paralysie générale se trouve raccourcie ».

Les auteurs ont recherché quelles causes peuvent influencer cette durée d'incubation. Cette durée est d'autant plus courte que la syphilis a été contractée à un âge plus avancé.

Les modalités du traitement de la syphilis à son début et l'âge auxquels les malades ont été contaminés sont les facteurs qui agissent le plus sur le temps d'incubation. Les autres facteurs : sexe, profession, alcoolisme ; le rôle des chocs nerveux, les caractères cliniques de la syphilis au début (discrétion des lésions cutanées) semblent avoir beaucoup moins d'influence.

Il y a dans ce premier mémoire des notions et des précisions de grande importance ; les auteurs insistent sur le danger des traitements intensifs insuffisants, danger que leur statistique démontre clairement.

H. Rabeau.

Gomme ulcéreuse de la joue. Purpura hémorragique et syndrome agranulocytaire au cours du traitement arsenical. Eosinophilie de guérison, par P. Carnot, Delafontaine et P. Véran. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 20, 15 juin 1931, p. 993.

Observation d'une femme de 25 ans sans antécédents pathologiques connus qui présenta, en juillet 1930, une tuméfaction de la région angulo-maxillaire prise pour un abcès froid ganglionnaire. Cette tuméfaction est incisée en novembre 1930. Loin de se cicatriser, la plaie se creuse et forme un ulcère phagédénique s'étendant en tache d'huile. C'est à ce moment que la malade entre à l'hôpital ; malgré la fièvre l'aspect clinique, la forte positivité de la réaction de Bordet-Wassermann font penser à une gomme syphilitique tertiaire. Hudelo qui voit la malade croit à une hybridité syphilo-tuberculeuse. Une thérapeutique antisyphilitique mixte est instituée ; le cyanure provoque de la diarrhée, l'iodure de potassium entraîne un gonflement de la gorge. Une injection de 0,15 de novarsénobenzol faite le 5e jour du traitement provoque un érythème scarlatiniforme qui dure 24 heures. Cependant la cicatrisation de l'ulcère gommeux s'amorce, la plaie bourgeonne. L'acétylarsan substitué au novarsénobenzol provoque brutalement, après 3 injections de 1, 2 et 3 centimètres cubes, le sphacèle de la plaie. Cette transformation précède de quelques heures l'éclosion de phénomènes sanguins graves : purpura, hémorragies viscérales multiples, allonge-

ment considérable du temps de saignement, leucopénie, hypogranulocytose, thrombopénie sans anémie marquée, ni troubles de la coagulation. Ces accidents alarmants rétrocèdent en peu de jours. La formule sanguine se redresse, une éosinophilie de plus en plus marquée est le témoin de cette guérison. La plaie reprend son évolution vers la cicatrisation qui est presque complète en 2 mois 1/2, avec une dose minime de médicament, la réaction de Bordet-Wassermann restant positive.

On notera la rapidité de guérison sous l'influence de doses minimes de médicament en raison des accidents sanguins ; la fièvre persistante peut être due à l'infection secondaire ; l'apparition de zona nécrotique au niveau de l'ulcère en voie de réparation ; la courbe de l'éosinophilie, véritable éosinophilie de guérison. H. Rabeau.

Deux cas de syphilis héréditaire avec déformations rhumatismales des doigts et hydarthrose, par H. Dufour. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 21, 22 juin 1931, p. 1035.

Deux jeunes filles, 19 et 18 ans, chez lesquelles on ne peut soupçonner l'existence de syphilis acquise. Le Bordet-Wassermann est positif chez les deux malades. La première est admise pour érythème induré de Bazin sur lequel est venu se greffer un érythème type noueux aux membres inférieurs. A l'âge de 15 ans, affection oculaire (?), douleurs articulaires. Actuellement, déformation rhumatismale des doigts, cuti-réaction à la tuberculine très positive.

La deuxième présente les reliquats d'une hydarthrose intermittente du genou gauche qui disparaît après traitement spécifique. Le liquide articulaire n'a pas tuberculisé le cobaye.

Manifestations dites rhumatismales, avec syphilis vraisemblablement héréditaire. Ultérieurement, lorsque le Bordet-Wassermann sera négatif, elles seront rangées « dans la catégorie rhumatismale la plus en vogue ». H. Rabeau.

Urticaires par effort. L'acidose intervient-elle? par Pasteur Vallery-Radot, P. Blamoutier M. Decot et M. Laudat. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 21, 22 juin 1931, p. 1065.

Deux nouveaux cas d'urticaire par effort s'accompagnant de modifications humorales ; acidose au moment de l'éruption. Dans le premier cas, l'urticaire était déclanchée non seulement par l'effort, mais par des agents physiques multiples, la chaleur l'améliora.

Les auteurs ont constaté qu'un sujet normal fait une baisse de la réserve alcaline après l'effort musculaire ; ayant pratiqué chez leurs malades des injections de substances capables de modifier la réserve alcaline dans le sens de l'acidose, ils n'ont pas observé après l'effort une urticaire particulièrement intense, mais, au contraire, une éruption atténuée. Il ne semble donc pas qu'il y ait de rapport entre l'apparition de l'urticaire et l'acidose. Comme l'urticaire au froid, l'urticaire à

l'effort peut être due à de simples troubles vaso-moteurs sans qu'il y ait lieu de faire intervenir un processus humoral.

Jausion rappelle le rôle de l'histamine dans les urticaires *a frigore*.

Weil-Hallé pense qu'on peut faire intervenir une sensibilité à des variations de la réserve alcaline que les sujets normaux ne présentent pas. Le chlorure de calcium serait capable de la modifier.

Pour Flandin, les observations de Vallery-Radot confirment le rôle qu'il a toujours attribué aux modifications humorales dans l'urticaire.

H. RABEAU.

Inefficacité des arséno-benzènes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro-syphilis parenchymateuse, par A. SÉZARY. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 21, 22 juin 1931, p. 1109.

Trois exemples frappants de l'inefficacité du 914 et du bismuth seuls ou associés, dans le traitement préventif tardif de la paralysie générale.

Obs. I. — Syphilis méconnue, révélée en 1926 par un signe d'Argyll-Robertson, sans autre trouble nerveux ou psychique et Bordet-Wassermann positif. Traitement pendant 4 ans par 8 séries de 914 associées à des injections de bismuth. — Paralysie générale en 1931.

Obs. II. — Syphilis de 1917, insuffisamment traitée au début pendant 1 an seulement par 914, cyanure et huile grise. — 1922, Bordet-Wassermann positif. Intolérante à l'arsenic, cette malade est traitée pendant 8 ans par le bismuth (166 injections). — 1931, paralysie générale typique.

Obs. III. — Syphilis traitée en 1907 selon les règles de Fournier. Trois années de traitement bismuthique, 1922-1925, puis 3 années de traitement arsénobenzolique intensif, de 1925-1928. — Paralysie générale en 1928.

S. est persuadé qu'un traitement tardif par l'arsenic pentavalent (stovarsol) et par la malaria est capable de prévenir ces redoutables complications. Ces malades sont atteints de neuro-syphilis bien avant l'extériorisation de l'affection par des signes avérés. Selon la juste expression de Ravaut, ils sont à la phase préclinique de leur paralysie générale. Les médications efficaces sur la phase clinique le sont *a fortiori* sur la phase préclinique.

H. RABEAU.

Paralysie générale à évolution aiguë, par L. MARCHAND et A. COURTOIS. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*, 3e série, 47e année, no 21, 22 juin 1931, p. 1113.

Quatre cas de paralysie générale dont la durée (toutes complications surajoutées étant écartées) depuis la date d'apparition des premiers troubles cliniques observés par le médecin familial jusqu'à l'issue fatale n'a été que de quelques semaines.

Il s'agit en réalité de malades atteints déjà depuis un certain temps

de méningo-encéphalite subaiguë quand sont survenus, soi-disant, les premiers troubles.

A l'autopsie, lésions classiques, mais pourtant altérations cellulaires particulièrement intenses à allure nécrotique.

H. Rabeau.

Essai de traitement de la paralysie générale par le soufre liposoluble, par Levaditi, M. Pinard et R. Evers (Discussion : H. Claude), *Bulletins et Mémoires de la Société des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 47e année, n° 22, 29 juin 1931, p. 1134.

Schrœder-Knud a proposé le traitement pyrétogène de la paralysie générale par le soufre lipo-soluble. Les auteurs ont traité par le soufre lipo-soluble trois malades atteints de paralysie générale évolutive. Ils utilisent une concentration de 0,5 o/o, en injections intramusculaires à la dose de 2 à 5 centimètres cubes. Ces injections sont toujours bien supportées par les malades et déterminent des accès fébriles rappelant ceux consécutifs à l'impaludation, mais ceci de façon inconstante. Ils n'ont pas obtenu la moindre amélioration, ni clinique, ni humorale.

Pour Claude, la malariathérapie est la médication vraiment héroïque de la paralysie générale. H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

La réaction au citochol dans le séro-diagnostic de la syphilis, par Z. Szwojnicka. *Comptes rendus de la Société de Biologie,* t. CVII, n° 17, 3 juin 1931, pp. 299-300.

Cette réaction, dérivée de celles de Sachs-Georgi et de Kahn, emploie l'antigène de Sachs-Georgi concentré 3 fois additionné de 2 à 6 milligrammes de cholestérine par centimètre cube d'extrait alcoolique.

L'antigène dilué au tiers est mis en présence du sérum chauffé (l'auteur secoue alors le mélange 4-6 minutes au lieu d'attendre 1/2 heure). On lit les résultats en comparant l'agglutination dans le tube avec les témoins où on a ajouté une goutte de formol.

Sur plus de 10.000 cas, plus de 2.100 concordances de réactions de Wassermann et au citochol positives, plus de 7.500 concordances de réactions négatives. Sur les 400 cas restants, la plupart concernaient d'anciens syphilitiques donnant une réaction au citochol positive. En somme, 95 o/o de concordances avec le Wassermann au moyen d'un antigène bien titré.

Sur plus de 2.600 comparaisons, la réaction de Kahn, de technique plus compliquée s'est montrée un peu plus sensible, mais moins spécifique. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth liposoluble, par A. Schwartz. *Presse Médicale,* 39e année, n° 44, 3 juin 1931, p. 809.

Le traitement par le bismuth, à l'exclusion de tout autre médicament, de près de 5.000 malades à toutes les périodes de la syphilis avec des résultats remarquables conduit l'auteur à demander pourquoi certains auteurs préfèrent encore l'arsenic au bismuth dans le traitement d'attaque. Il recommande de réserver l'arsénobenzol dont l'emploi comporte tout de même certains risques, aux cas très exceptionnels où le bismuth a échoué. H. Rabeau.

Ce qu'il est utile de connaître des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières, par R. Letulle et Gaston Bergès. *Presse Médicale*, 39e année, n° 44, 3 juin 1931, p. 816.

La plupart des résultats discordants obtenus par des laboratoires différents sont imputables soit à la diversité, soit à l'imperfection des techniques et surtout des antigènes. Parmi les antigènes utilisés, devrait figurer un antigène-type, dont la grande sensibilité n'exclut pas la spécificité, celui de Bordet-Ruelens réunit ces qualités. Il est nécessaire d'associer la réaction de spécificité élevée qu'est la réaction de Bordet-Wassermann, pratiquée suivant la technique de Calmette et Massol, à une réaction moins spécifique et plus sensible, type réaction de Hecht avec mesure de l'index hémolytique.

Il faut rejeter les techniques simplifiées, faire les prélèvements de sang en dehors des périodes digestives ; enfin ne jamais oublier que ces réactions, pas plus que les autres réactions biologiques, n'ont de valeur absolue. H. Rabeau.

Sur les origines et les sources premières des infections cutanées chroniques, par R. Sabouraud. *Presse Médicale*, 39e année, n° 48, 17 juin 1931, p. 890, 3 fig.

« Ce qu'on appelle la réceptivité microbienne existe sans doute, c'est-à-dire l'impossibilité où certaines peaux se trouvent de se défendre contre des infections de surface. Mais pour le moment cette réceptivité est un mot heureux recouvrant notre ignorance ; ce qu'il signifie c'est que nous ignorons ce qu'il veut dire, tandis que la pullulation à l'infini des staphylocoques dans un seul bourbillon du furoncle, c'est un fait et aussi la prodigieuse diffusion de ces germes tout autour de lui. » Ainsi s'exprime S. dans le mémoire où il montre la manière dont commence chez un sujet une infection cutanée qui sera durable. Le plus souvent, les débuts d'une furonculose sont insidieux, le premier furoncle n'est pas le commencement de l'infection, mais déjà une résultante. « Au début d'une furonculose, *toujours* l'infection staphylococcique est *régionale* ». Le dermatologiste doit savoir que toute infection cutanée, si minime soit-elle, est à poursuivre et à détruire, foyer possible, source d'une infinie multiplication de la lésion première.

H. Rabeau.

Les médicaments antisyphilitiques actuels, bismuth et arsenic trivalent, réalisent-ils la guérison définitive de la syphilis ? par Levaditi et Lépine. *Presse Médicale*, 39e année, n° 51, 27 juin 1931, p. 948.

L'examen de la virulence des ganglions lymphatiques peut fournir de précieux renseignements sur l'action stérilisante des médicaments antisyphilitiques. On sait que ne contenant pas en apparence de spirochètes, ils peuvent par inoculation intratesticulaire, conférer la syphilis à des lapins, lorsqu'ils en contiennent la forme infra-visible. Se servant de cette méthode pour juger de l'activité d'un médicament, les auteurs ont constaté que lorsqu'on traite des lapins syphilisés par voie sous-scrotale et porteurs de syphilomes riches en tréponèmes par des doses répétées et suffisamment élevées de bismuth lipo-soluble (bivatol), de bismuth insoluble (trépol) ou de novarsénobenzol Billon, on obtient non seulement la guérison de l'accident local mais aussi une destruction du virus infra-visible qu'héberge le système lymphatique de l'animal. Ils réalisent ainsi la guérison totale de la syphilis expérimentale du lapin.

Une réserve cependant s'impose ; Schlosberger a montré que le spirochète se trouvait non seulement dans la rate et le système lymphatique de la souris inoculée, mais que la pénétration du germe dans le névraxe a lieu au plus tôt 14 jours après l'inoculation. Le médicament devait donc être appliqué avant cette date. Mais peut-on conclure de ces données expérimentales à la pathologie humaine.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

Lipomatose symétrique familiale, par Nino Marsiaj (Porto-Allegre). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. II, nº 5, mai 1931, p. 478.

Deux frères, issus d'un père qui présentait une lipomatose sus-claviculaire du type Verneuil-Potain, sont l'un et l'autre atteints de lipomatose symétrique.

L'hérédité morbide tissulaire est évidente chez ces malades. Il existe en outre chez eux des troubles endocrino-végétatifs. On doit les classer parmi les hypocataboliques de Pende.

J. Margarot.

Syphilis et métasyphilis de l'appareil de la vision, par Aniceto Solares (Sucre). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. II, nº 6, juin 1931, p. 585.

A. S. passe rapidement en revue les différentes atteintes de l'appareil de la vision par le tréponème depuis le chancre jusqu'aux manifestations oculaires de la neuro-syphilis.

Dans d'autres cas, l'action du virus est indirecte. Il n'intervient que comme un facteur étiologique éloigné. On observe des monstruosités, des malformations, des colobomes, des cataractes congénitales, peut-être des myopies. Il s'agit alors de métasyphilis.

J. Margarot.

Les névrites lépreuses, par Adherbal Tolosa (São Paulo). *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie,* t. II, nº 6, juin 1931, p. 593.

A. T. s'attache à montrer les difficultés du diagnostic de certaines formes nerveuses de la lèpre.

Il rappelle les lésions anatomiques des troncs intéressés, étudie les troubles sensitifs, moteurs et trophiques. Si le cubital et le sciatique poplité externe sont les plus souvent atteints, d'autres localisations peuvent être observées, en particulier sur les nerfs crâniens.

La névrite du facial est assez fréquente. Ses caractéristiques méritent d'être signalées : le facial supérieur est surtout attaqué dans son système orbiculaire des paupières et sourcilier ; la névrite est presque toujours bilatérale. Dans le domaine du facial inférieur, les muscles situés au-dessus de la bouche sont les plus atteints et la bilatéralité est moins constante.

Le trijumeau, le moteur oculaire commun, le grand hypoglosse peuvent être intéressés.

L'auteur a pu rattacher à la lèpre une paralysie des dilatateurs du larynx, « paralysie tabétique par excellence », due à une lésion partielle du nerf laryngé inférieur. J. MARGAROT.

Lyon Médical.

Lèpre cutanée nodulaire en voie de généralisation avec poussée aiguë récente survenue chez une femme ayant présenté il y a deux ans des éléments bulleux discrets non diagnostiqués, par J. GATÉ, MICHEL et CHARPY. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVII, no 23, 14 juin 1931, p. 807.

Début de la lèpre par lésions bulleuses isolées et récidivantes du genou gauche. Deux ans après, vient consulter pour des nodules disséminés sur les membres et la face. Pas de coryza. Apparition durant son hospitalisation d'un placard érysipélatoïde du visage et de lépromes sur les membres, avec température à 40°. Réaction de Wassermann négative. Nombreux bacilles de Hansen dans la sérosité du fragment biopsique. JEAN LACASSAGNE.

Bruxelles Médical.

Le régime de Gerson-Sauerbruch-Hermannsdorfer dans le traitement de la tuberculose lupique, par P. FRANÇOIS (Anvers). *Bruxelles Médical*, 11e année, no 35, 28 juin 1931, p. 1034.

Le régime mixte, sans sel et avec absorption de légumes et de fruits crus dans le traitement des tuberculoses lupiques a donné à l'auteur des résultats si satisfaisants qu'il attire l'attention sur ses avantages. Il a vu des placards entiers de lupus disparaître sous sa seule influence. On ne peut donner aucune explication scientifique valable de son influence favorable, mais les faits sont démonstratifs.

H. RABEAU.

Brasil Medico (Rio de Janeiro).

A propos du traitement des épithéliomas cutanés (A' proposito do tratamiento dos epithéliomas cutaneos), par Cassio de Rezende. *Brasil Medico*, 45e année, n° 11, 14 mars 1931, p. 241.

Les malades atteints d'épithélioma acceptent difficilement de se rendre dans les grands centres du pays, où ils pourraient être traités par le radium ou par les rayons X.

L'auteur a été amené, dès 1915, à utiliser les caustiques chimiques. Il a cherché une formule qui réponde aux multiples nécessités de la pratique. La préparation doit être très active, facile à manier, peu douloureuse. Il ne faut pas que son absorption par de vastes surfaces donne lieu à des phénomènes toxiques.

La pratique démontre que l'association de substances synergiques renforce parfois leur action thérapeutique. On peut, par suite, en réunissant les diverses substances douées d'une activité reconnue contre le cancer, diminuer la quantité de chacune d'elles, de manière à réduire la toxicité du mélange sans affaiblir son pouvoir thérapeutique.

Après de nombreux essais, C. de R. s'est arrêté à la formule suivante :

Onguent basilicon	10 grammes
Acide arsénieux	ââ 0 gr. 25
Sulfate de cuivre	
Tartre émétique	0 gr. 50
Bichlorhydrate de quinine......	0 gr. 75
Antipyrine	ââ 1 gramme
Phénol cristallisé	
Camphre	
Hydrate de chloral	
Menthol	

La préparation est étendue sur la surface à traiter avec une spatule et recouverte de pâte à l'eau. L'application est renouvelée tous les jours. Une réaction inflammatoire violente se produit, avec un œdème parfois impressionnant. On suspend alors l'usage de la pommade et on panse la plaie avec de la pâte à l'eau, de l'huile d'amandes douces ou de la vaseline.

Dans un cas d'*ulcus rodens*, pris comme exemple, la guérison a été parfaite. J. Margarot.

Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona.

Dermites artificielles des mains (Dermitis artificiales des las manos), par Jayme Peyri. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 68, mai 1931, p. 529 ; par F. Wüst Berdaguer. *Academia de Medicina y Cirugia de Barcelona*, session du 20 avril 1931.

Sur un total de 926 dermites professionnelles, observées par l'auteur

de 1917 à 1930, les deux tiers environ se rapportent à des dermites des mains.

Leurs causes sont très diverses, mais leur morphologie ne présente en général aucune relation avec le facteur étiologique externe.

Deux grands types cliniques se trouvent réalisés suivant les cas. La dermite est sèche ou humide. Dans les deux formes, des complications peuvent se produire.

D'après les modalités topographiques, les affections cutanées professionnelles des mains peuvent être réparties de la façon suivante : Le début se fait par les doigts chez les maçons, les cimentiers et les mosaïstes. Ce premier groupe réunit approximativement la moitié des cas. Les lavandières, les filles de service, les garçons de bar forment un second groupe que son importance classe immédiatement après le groupe précédent. L'irritation causée par les alcalins et par l'hypochlorite commence en général sur les parties les plus saillantes de la main et en particulier sur le dos de la région carpo-métacarpienne radiale. Les ébénistes, les vernisseurs et les peintres forment un troisième groupe. La main entière peut être intéressée, mais les lésions commencent en général par les doigts. Viennent ensuite les tanneurs, les chirurgiens, les dentistes, les photographes, les épiciers, les ouvriers qui manipulent la canne, les éplucheurs de légumes, les fileuses, les teinturiers.

Les injections intraveineuses de salicylate de soude ou de citrate de soude donnent une guérison complète dans la majorité des cas.

J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Sur la leucémie cutanée circonscrite de forme pseudo-lépreuse (Sobre la leucosis cutis circunscrita de forma seudo-leprosa), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 6, mars 1931, p. 467, 4 fig.

Une erreur de diagnostic motive quelques considérations sur les analogies grossières que peuvent présenter certaines tumeurs lymphadéniques de la face avec les tubérosités de la lèpre.

Dans le cas observé, le facies léonin est très accusé ; toutefois la peau se trouve creusée de sillons très profonds (de direction verticale sur les joues et transversale sur le front), délimitant des tumeurs plus larges que des lépromes. Le bacille de Hansen fait défaut. Enfin, les lésions consistent essentiellement en une infiltration lymphocytaire très dense formant des îlots séparés par des bandes de tissu conjonctif.

J. Margarot.

Dermite salvarsanique lichénoïde (Dermatitis salvarsánica liquenoide), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 6, mars 1931, p. 475, 2 fig.

Une femme de 24 ans, 45 jours après une première cure mal supportée, présente une récidive intense avec roséole, plaques végétantes vulvo-anales, etc. Elle reçoit 2 grammes de bismuth et 6 gr. 15 de néosalvarsan.

Une éruption apparaît, faite de plaques rouges généralisées, qui très rapidement prennent un aspect lichénoïde. Elle disparaît au bout de huit mois, laissant à sa place une pigmentation notable.

Malgré la suppression du traitement spécifique, la réaction de Wassermann reste négative et le liquide céphalo-rachidien normal. Le fait plaide en faveur de l'opinion qui croit favorable l'influence d'une érythrodermie sur l'évolution de la syphilis.

La ponction lombaire n'a eu aucune influence sur l'évolution des éléments lichénoïdes.

L'état général est resté bon. Les dermatoses lichénoïdes salvarsaniques paraissent avoir un pronostic moins grave que les érythrodermies dues à la même cause. J. Margarot.

Syphilis et tuberculose (Sifilis y tuberculosis), par Antonio Cordero Soroa. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 6, mars 1931, p. 478.

La syphilis et la tuberculose, si distinctes en apparence, présentent de nombreux points de contact. Elles sont l'une et l'autre chroniques et se ressemblent beaucoup par le mécanisme de l'infection, le développement, l'alternance de phases de latence et d'activité, l'absence d'immunisation de l'organisme, la transmission héréditaire, les caractères anatomo-pathologiques des lésions, la biologie des deux germes, etc.

Elles peuvent s'associer, évoluant parallèlement chez un même sujet (hybridité de terrain) ou associant leurs altérations (hybridité des lésions).

La syphilis peut favoriser la tuberculisation par deux mécanismes : d'une manière indirecte, en diminuant la résistance du sujet et d'une manière directe, la contamination tuberculeuse se faisant à la faveur de lésions syphilitiques ouvertes.

D'autre part, la syphilis imprime à la tuberculose une évolution spéciale suivant la période de la syphilis à laquelle survient la contagion bacillaire. S'il s'agit d'une syphilis ancienne et bien traitée avec absence de signes cliniques et sérologie négative, la tuberculose évolue comme chez un sujet sain.

Si la syphilis ancienne existe chez un sujet insuffisamment traité, quoique en état de latence clinique, il peut arriver que l'infection tuberculeuse fasse cesser cette latence et que surviennent des accidents tertiaires. Le processus bacillaire, à son tour, se trouve fâcheusement influencé et présente parfois une évolution accélérée.

S'il s'agit d'une syphilis ancienne, ayant déjà réalisé des lésions organiques telles qu'une aortite, un tabès, une paralysie générale, le processus tuberculeux récent se trouve rapidement aggravé.

Une syphilis récente bien traitée, en état de latence clinique et sérologique exercera sur la tuberculose une influence qui sera subordonnée à la durée de cette latence, à la précocité et à l'intensité du traitement.

Une syphilis récente avec manifestations cliniques et réactions sérologiques positives, associée à la tuberculose a pour conséquence une double septicémie, d'un pronostic particulièrement fâcheux.

Les enfants atteints de syphilis congénitale présentent une résistance diminuée à la tuberculose, mais celle-ci est en général assez silencieuse, donnant lieu à des cavernes bacillaires souvent curables par le seul traitement antisyphilitique.

Si l'on se trouve en présence d'une tuberculose ancienne cliniquement guérie, une syphilis récente se comporte comme chez un sujet sain. Par contre, les lésions pulmonaires anciennes mal éteintes sont souvent activées et se mettent à évoluer rapidement.

Lorsque la tuberculose pulmonaire a donné lieu à des lésions importantes quoique d'évolution lente, l'infection luétique s'accompagne fréquemment de fièvre et se complique de broncho-alvéolite ou de pneumonie caséeuse. La mort peut survenir.

Quand un malade présente les deux infections, l'évolution du processus tuberculeux présente parfois certaines particularités. C'est ainsi que les formes scléreuses s'observent surtout chez les syphilitiques anciens, sans manifestations cliniques, tandis que chez les syphilitiques récents prédominent les formes exsudatives.

Le traitement de ces divers cas devra tenir compte de l'activité des lésions bacillaires et de la congestion que peuvent parfois produire certains agents thérapeutiques. C'est l'infection tuberculeuse qui doit régler la médication antisyphilitique plus encore que l'élément syphilis.

J. Margarot.

La diète de Gerson dans la tuberculose infantile (La dieta de Gerson en la tuberculosis infantil), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 6, mars 1931, p. 509.

Il semble résulter de la bibliographie relative à la diète de Gerson que les résultats thérapeutiques de ce régime soient moins favorables chez les enfants que chez les adultes. Cette notion a été vérifiée par J. B. et E. E. chez les petits malades du pavillon des enfants de l'Hôpital San Juan de Dioz. En particulier, une fillette de 11 ans, atteinte de lupus de la face et de lésions mutilantes des extrémités, a été soumise à cette diététique sans présenter la moindre amélioration.

J. Margarot.

Indications et valeur thérapeutique de l'arsénothérapie intramusculaire (Indicaciones y valor terapéutico de la arsenoterapia intramuscular), par J. Bejarano et E. Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 6, mars 1931, p. 519.

D'après J. B. et E. E., le problème des injections intramusculaires de composés salvarsaniques peut être considéré comme résolu. Ils ont

expérimenté une préparation spécialisée dont l'action spirillicide est grande et dont la tolérance est parfaite : L'arsénothérapie intramusculaire devrait être diffusée. Elle trouve ses indications particulières dans la syphilis congénitale précoce, dans la syphilis latente, concurremment avec le bismuth et dans la syphilis cardio-vasculaire.

J. MARGAROT.

La période secondaire de la syphilis (El periodo secundario de la sifilis), par Enrique ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 531.

La division de la syphilis en trois périodes peut être conservée, mais doit s'adapter aux connaissances actuelles. L'auteur ne veut plus qu'on parle d'une période primaire séro-négative, puis séro-positive, ni de syphilides papuleuses tertiaires, ni d'une période quaternaire qui, chronologiquement, est souvent antérieure à la période tertiaire et, anatomiquement, est la conséquence de lésions secondaires oubliées.

D'après S. de A., l'existence d'une période secondaire dans la syphilis se fonde sur l'allure septicémique de l'infection, sur les caractères anatomiques des lésions et sur le blanchiment facile des accidents par le traitement.

Elle commence avant la roséole. L'apparition des réactions sérologiques positives en marque le début. Elle prend fin quand apparaissent les gommes.

Elle constitue le stade initial de l'infection fœtale et des syphilis évoluant sans chancre.

C'est au cours de la période secondaire que se font les atteintes viscérales et que se préparent les syndromes méningés, aortiques, hépatiques, rénaux, etc.

Enfin, les accidents secondaires présentent une grande contagiosité et ont de ce fait une importance sociale qu'il convient de souligner.

J. MARGAROT.

L'organisation antivénérienne en Espagne (La organizatión antivenérea en España), par Ricardo BERTOLOTY. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 535.

R. B. fait un tableau des viscissitudes par lesquelles est passée l'organisation antivénérienne en Espagne, depuis la création de lupanars à l'époque de la domination romaine jusqu'aux dispositions actuelles qui comprennent la réglementation sanitaire de la prostitution, le diagnostic et le traitement gratuit des maladies vénériennes, la propagande faite dans le public et l'instruction donnée aux médecins praticiens et aux étudiants.

D'éloquentes statistiques mettent en évidence les efforts réalisés et les résultats obtenus. J. MARGAROT.

Auto-inoculation extragénitale d'un chancre simple (Un caso de auto-inoculatión extragenital por chancro venéreo), par Eduardo DE GREGORIO et GARCIA-SERRANO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 551.

Chez un malade atteint de chancres mous génitaux, une plaie traumatique de l'index est infectée par le bacille de Ducrey et présente au bout de quelques jours les caractères cliniques d'un chancre simple. L'ulcération se complique bientôt d'un bubon rapidement chancrellisé, ayant pour siège le ganglion sus-épitrochléen correspondant.

J. Margarot.

Traitement de l'adénite tuberculeuse et du scrofuloderme par la Rœntgenthérapie (Tratamiento de la adenitis tuberculosa y del escrofuloderma por Rœntgenterapia), par A. Navarro Martin et H. Tellez Plasencia. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 553.

Les résultats du traitement par les rayons X des adénites tuberculeuses et des scrofulodermes sont supérieurs à ceux des autres méthodes thérapeutiques locales. Les auteurs fondent cette conclusion sur l'étude de 15 cas.

La guérison a été la règle dans les adénopathies uniques, volumineuses et non ramollies. Trois adénites ramollies ont été, l'une, guérie et les deux autres très améliorées. Dans deux cas de polymicroadénite, les ganglions sont revenus à leur volume normal. Sur 7 scrofulodermes (avec ou sans adénopathie), 4 ont cicatrisé complètement.

J. Margarot.

Réinfection syphilitique caractéristique, cinq mois après la première infection chez un sujet traité par du néosalvarsan pendant la période séropositive (Reinfección sifilítica caracteristica, a los cinco meses de la primera infeccion, en sujeto tratado durante la fase seropositiva con neosalvarsán), par Manuel Garriga Rivero. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 558.

Le diagnostic de réinfection se fonde sur l'aspect clinique du chancre, sur son siège — qui n'est pas celui du premier accident —, sur l'existence d'une adénopathie du type primaire, sur le caractère négatif des réactions sérologiques et sur la présence de tréponèmes à l'ultramicroscope.

J. Margarot.

Dermatite exfoliative des nouveau-nés de Ritter (à propos de deux cas) (Dermatitis exfoliativa neonatorum de Ritter — con motivo de dos casos —), par Navarro Martin. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 7, avril 1931, p. 560

La dermatite exfoliative des nouveau-nés commence, en général, de la deuxième à la cinquième semaine, par des vésicules ou des bulles siégeant sur la face. L'éruption s'étend rapidement en prenant le caractère d'une érythrodermie exfoliante. Le signe de Nikolsky est positif. Les lésions histologiques sont à peu près identiques à celles du pemphigus du nouveau-né. La mort survient habituellement en quelques jours.

Une affection aussi nettement caractérisée ne saurait être confondue

avec l'érythrodermie desquamative de Leiner-Moussous, qui est essentiellement un eczéma séborréique généralisé, accompagné de troubles gastro-intestinaux.

L'opinion la plus répandue est que la dermatite exfoliative de Ritter répond à un processus septicémique. Elle ne serait qu'une forme maligne du pemphigus des nouveau-nés.

D'après certains auteurs, cette hypothèse n'est pas suffisamment justifiée. N. M., dans les deux cas qu'il apporte, n'a pas observé de lésions qui puissent être assimilées à celles du pemphigus contagieux et n'a pas retrouvé une affection du même type dans l'entourage des petits malades. Il existait cependant chez eux une épidermolyse marquée avec signe de Nikolsky positif. J. MARGAROT.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Les progrès récents de la Dermatologie et de la Syphiligraphie (Los progressos recientes de la Dermatologia y la Sifiliografia), par ALVAREZ SAINZ DE AJA. *Ecos españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 68, mai 1931, p. 492.

L'auteur résume les acquisitions les plus récentes.

En ce qui concerne la syphiligraphie, il souligne la valeur diagnostique des réactions de Wassermann, de Kahn, de Müller et de Meinicke (éclaircissement), critique l'administration intramusculaire des préparations salvarsaniques et se déclare partisan de l'emploi du bismuth lipo-soluble à la condition que la dose atteigne 8 centigrammes par injection et que la série soit de 20 piqûres.

Dans le domaine de la dermatologie, il considère que la diète du type Gerson-Sauerbruch et Hermannsdofer doit être le régime alimentaire des tuberculeux. Associés à ce régime, la lumière, les sels d'or, le calcium, le repos, le radium sur les lésions cutanées et les rayons X sur les ganglions résument la thérapeutique actuelle des lésions bacillaires de la peau.

La ponction lombaire et la radiothérapie paravertébrale continuent à trouver leurs indications dans les dermatoses bulleuses et dans le lichen plan.

Enfin, les craintes de quelques purs dermatologistes ne sont pas fondées : l'eczéma subsiste et subsistera. Si son étiologie apparaît de plus en plus diverse, sa pathogénie semble nettement tendre à l'unification.

J. MARGAROT.

La syphilis du point de vue pédiatrique : quelques-uns de ses problèmes les plus saillants (La sifilis vista desde el campo pediátrico : algunos de sus problemas más destacados), par Roméo LAZANO. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, n° 68, mai 1931, p. 499.

Conférence prononcée au dispensaire officiel antivénérien « Martinez Anido », de Madrid, le 21 novembre 1930.

L'auteur commence par quelques considérations sur la pathologie générale de la syphilis congénitale. Il étudie les manifestations septicémiques classiques et celles qui passent inaperçues (syphilis latentes à déterminations tardives). Une place importante est faite à divers syndromes dont les rapports avec l'infection tréponémique méritent d'être précisés. R. L. souligne l'intervention fréquente de ce facteur étiologique dans la débilité congénitale, dans les troubles de la nutrition de la première enfance, dans le rachitisme, les convulsions, l'épilepsie, l'hydrocéphalie, la maladie de Little, l'hémiplégie cérébrale spasmodique infantile, les syndromes mentaux, les lésions de l'appareil respiratoire et de l'appareil circulatoire, les médiastinites, les néphrites, les maladies du sang, les dystrophies glandulaires, les lésions osseuses.

Il conclut à la nécessité d'intensifier la lutte antisyphilitique générale car le problème thérapeutique de la syphilis infantile est surtout d'ordre prophylactique. J. MARGAROT.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur un cas de dermatomyosis muscosa chez un malade atteint de pemphigus vulgaire, par N. BAGNOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 1, juin 1931, p. 3, 2 fig. Bibliographie.

Observation d'un menuisier de 74 ans, atteint de pemphigus aigu vulgaire. En outre des lésions habituelles de cette affection, on constatait dans la région ombilicale, une lésion croûteuse, à laquelle le malade subconscient et dans le coma portait sans cesse la main, sans doute à cause de la douleur. L'auteur constata sous cette croûte un grouillement de larves, qui se montraient et disparaissaient par des orifices. Il en recueillit 8 et au bout de 17 à 18 jours, apparurent des mouches dont 7 appartenaient à la variété *Compsomyia albiceps flaviceps Rondani* et 1 à la variété *Sarcophaga carnaria.*

B. fait à ce propos une revue générale de la question des Myiases qui ont été classées par Joseph en 1887 en *Myiasis muscosa* et *M. œstrosa.* D'autres classifications ont été en outre proposées dont l'auteur fait l'énumération. Il décrit ensuite les diverses variétés de mouches qui ont été rencontrées. Les plus fréquentes sont les *Sarcophagines,* et plus particulièrement *Sarcophaga carnaria,* ensuite les *Lucilies,* surtout *Lucilia sercata* et *L. Cœsar.* Pour identifier l'espèce parasite, il est nécessaire d'avoir la mouche adulte : cette identification est le plus souvent impossible avec les larves seules. B. indique les méthodes de culture de ces larves pour obtenir la mouche.

Au point de vue clinique, on distingue :

1. Les myiases cutanées. 2. Les myiases de la cavité crânienne qui se subdivisent en : *a*) otomyiases ; *b*) rhinomyiases ; *c*) ophtalmomyiases. 3. Les myiases du tube digestif (gastriques et intestinales).

4. Les myiases urogénitales, plus fréquentes chez la femme : on a vu des cas de femmes dont le vagin était envahi par des centaines de larves. 5. Myiases des voies urinaires, plus fréquentes chez l'homme (contamination par des sondes, des seringues).

La symptomatologie est très variable, et due non seulement au parasite mais aussi aux microbes d'infection secondaire ; des accidents de haute gravité peuvent survenir, jusqu'à la mort, par exemple par méningite dans le cas d'otomyiase.

Cependant, grâce aux progrès de l'hygiène à notre époque, on ne rencontre plus des cas monstrueux, tels que ceux dont font mention les historiens et qui n'ont plus qu'un intérêt historique. Par contre, si les myiases sont devenues plus rares de nos jours, en raison de leur rareté, elles risquent davantage d'être méconnues et il convient donc de les rappeler. BELGODERE.

Priapisme par tumeur métastatique des corps caverneux du pénis, par GAROFALO. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 1, juin 1931, p. 20, 2 fig Bibliographie.

On connaît déjà les tumeurs *primitives* des corps caverneux, qui ont été classées en *endothéliomes*, ayant pour origine l'endothélium des aréoles, et en *sarcomes*, dérivés de la trame conjonctive interaréolaire.

On connaît moins les tumeurs *secondaires*, dont les unes sont dues à des propagations directes de tumeurs de voisinage, par voie lymphatique ou par voie sanguine, les autres à des métastases dans les aréoles vasculaires.

L'auteur passe en revue les cas de cette dernière catégorie qui ont été déjà publiés et il ajoute une observation personnelle : homme de 35 ans est atteint de tumeur du testicule et de troubles respiratoires ; l'examen aux rayons montre des tumeurs pulmonaires et on diagnostique une tumeur testiculaire avec métastase du poumon. Néanmoins un chirurgien, sans doute atteint du *prurigo secandi*, fait l'ablation du testicule. Les conditions générales du sujet vont en s'aggravant. Quelques jours après l'opération, le malade a la surprise de voir sa verge demeurer dans un état de rigidité permanent et douloureux.

On ne put constater aucune manifestation clinique d'invasion du système lymphatique ou de propagation directe et rétrograde de la néoplasie primitive. Il s'agit donc bien d'une généralisation par voie sanguine qui a donné lieu, d'une part, aux métastases pulmonaires habituelles, d'autre part, aux métastases moins communes du corps caverneux et du gland occasionnant ainsi le priapisme. G. pense qu'il faut penser à cette étiologie dans les cas de priapisme d'origine inconnue, dit idiopathique, qui a été étudié notamment par Terrier et Dujarrier. Ce priapisme idiopathique est en réalité souvent la première manifestation d'un néoplasme testiculaire latent passé inaperçu et pouvant même ne donner encore lieu à aucun signe objectif.

G. discute la classification de son cas au point de vue histo-pathologique : on a décrit des séminomes et des enbryoïdes : il pense que son cas rentre dans cette dernière catégorie.

Au point de vue du traitement, on ne peut pas songer, dans le cas de tumeur métastatique, à une intervention chirurgicale qui serait le traitement de choix pour une tumeur primitive. La rœntgenthérapie profonde, la radiumthérapie, seules ou associées, donnent des résultats plus satisfaisants, quoique temporaires ; en tout cas, elles devront toujours compléter le traitement chirurgical si celui-ci apparaît cependant nécessaire. BELGODERE.

Considérations sur un cas de folliculites atrophiantes des parties glabres, par Giacomo SANTORI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 1, juin 1931, p. 33, 2 fig. Bibliographie.

Observation d'un homme de 40 ans, qui présentait sur les membres inférieurs des plaques de forme irrégulièrement ovalaire de couleur rouge clair à la périphérie, rosée ou blanchâtre dans les parties centrales. Certaines de ces plaques ne présentaient pas de folliculites en activité, mais sur d'autres, au contraire, dans la zone périphérique existaient au contraire de nombreuses petites pustulettes folliculaires.

Les recherches de laboratoire ne permirent de découvrir aucun champignon parasite, mais seulement des staphylocoques. Sur ces plaques, dans la zone centrale notamment, on remarque une atrophie cutanée particulièrement appréciable au niveau des follicules pilifères.

S. passe en revue la littérature antérieure sur cette question et examine la position nosologique de l'affection par rapport au vaste groupe des folliculites atrophiantes et des autres formes pathologiques analogues. En réalité, ce qui résulte nettement de la lecture des différents travaux sur la question, c'est l'impossibilité d'établir des limites précises entre les différents types morbides, car on passe par degrés insensibles d'une variété à l'autre. Le cas rapporté appartient indubitablement à la forme dite « folliculite atrophiante des parties glabres » décrite pour la première fois par Arnozan en 1892, et faisant partie du vaste groupe des folliculites décalvantes.

S. passe ensuite en revue les différentes théories émises au sujet de l'étio-pathogénie des folliculites atrophiantes. La présence du staphylocoque explique bien la production de la folliculite, mais ne suffit pas à expliquer l'atrophie, d'autant plus qu'on ne connaît pas d'affection même chronique dans laquelle le staphylocoque ait occasionné un processus atrophique. Les recherches expérimentales tendant à mettre en évidence les états de déséquilibre du système nerveux végétatif, ou bien du système endocrine en connexion étroite avec lui, ne sont pas encore bien nombreuses ni bien probantes ; mais certains faits observés semblent cependant être en faveur de cette conception. On a incriminé aussi la syphilis, la tuberculose, les intoxications. Mais pour S., c'est encore la théorie neuro-endocrinienne qui paraît la plus vraisemblable ;

elle n'exclut pas du reste les autres hypothèses, car on sait bien que les troubles neuro-endocriniens peuvent fort bien être sous la dépendance d'une infection ou d'une intoxication.

BELGODERE.

Sur un cas de gangrène des organes génitaux masculins, par Duilio SOLI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 1, juin 1931, p. 47, 4 fig. Bibliographie.

Jeune homme de 25 ans, sans aucune maladie vénérienne, qui vit apparaître sur la face dorsale du fourreau de la verge une petite pustule suivie de la formation d'une croûte. Cette croûte enlevée par le malade se reproduisait toujours plus large et finit par aboutir à une large lésion gangréneuse, qui put être traitée avec succès par application du traitement de Majocchi : phénol : 5 à 10, vinaigre aromatique : 20 à 40, décoction de quinquina : 1 000. Lorsque la lésion fut en voie de réparation, la guérison fut hâtée par des applications de greffes de Thiersch. Le résultat final fut excellent, aussi bien au point de vue anatomique qu'au point de vue fonctionnel.

S. rappelle la classification des diverses formes de gangrène des organes génitaux, entre autres la forme décrite pour la première fois par Fournier en 1883 sous le nom de gangrène fulminante des organes génitaux.

L'auteur pense que, par beaucoup de ses caractères, son cas peut être assimilé à la gangrène de Fournier et doit être envisagé comme tel au point de vue du traitement.

Pendant la période évolutive, l'expectation est préférable et l'abstention chirurgicale est recommandable ; on se bornera à des applications de compresses, soit selon la recette de Majocchi, soit avec de l'eau oxygénée, ou du permanganate, ou du néosalvarsan, etc.

Comme traitement général, des injections stimulantes, ou, si on le croit opportun des préparations arsénobenzoliques ou du sérum antigangréneux.

Lorsque les escharres se sont éliminées, et si les granulations le permettent, on devra toujours effectuer une greffe ou une autoplastie.

S. est d'avis, d'après les résultats qu'il a obtenus dans le cas rapporté, qu'il est préférable de recourir dans tous les cas aux greffes de Thiersch, parce que, en exécutant une autoplastie d'une manière prématurée aux dégâts de la gangrène on risque d'ajouter encore ceux de l'opération.

BELGODERE.

Syphilis congénitale de seconde génération, par G. PICCARDI et G. SERRA. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 1, juin 1931, p. 58. Bibliographie.

Observation d'une famille composée de :

1) La grand'mère, 63 ans, contaminée par son mari dès le début de son mariage et presque aussitôt devenue enceinte. Traitée pendant la

grossesse, accouche d'une fille présentant des lésions spécifiques, muqueuses et oculaires. Depuis n'a plus fait aucun traitement. Réaction de Bordet-Wassermann positive.

2) La fille, 40 ans, née avec les accidents spécifiques susindiqués, présenta dans sa jeunesse des troubles oculaires qui semblent avoir été des récidives de kératite. Mariée à 18 ans, son mari est mort par accident. Elle a eu de son mari 11 grossesses, dont les 7 dernières ont abouti à des fausses couches spontanées ; les 4 premières ont abouti à des accouchements à terme, dont un enfant est mort de bronchite, un autre absent n'a pu être examiné, et enfin, les deux autres filles sont nées avec des accidents luétiques.

Cette femme présente des dystrophies dentaires, palais ogival, choriorétinite, synéchies oculaires, hypertrichose accentuée, pigmentations prononcées. Bordet-Wassermann également positif.

3) Une petite fille, 18 ans, présente également des dystrophies dentaires, un tubercule de Carabelli, le palais ogival, de l'hypertrichose.

Bordet-Wassermann et M. T. R. fortement positives.

4) Une deuxième petite fille, 16 ans, mêmes dystrophies que la précédente, tubercule de Carabelli, en outre, tibias en lame de sabre et insuffisance intellectuelle très nette.

Bordet-Wassermann et M. T. R. nettement positives.

Les auteurs rappellent les discussions auxquelles a donné lieu la question de la transmission de la syphilis à la troisième génération, ou *syphilis de seconde génération*. Cette transmission était admise par Fournier, niée par Tarnowski, qui soutenait que le syphilitique de seconde génération avait en réalité contracté la syphilis pour son compte (*syphilis binaire*).

E. Fournier a formulé les postulats nécessaires pour qu'on puisse admettre la transmission de seconde génération. Les auteurs font observer que dans l'observation qu'ils rapportent, ces postulats se trouvent satisfaits. En outre, en plus des conditions exigées par E. Fournier, vient s'ajouter, chez les quatre sujets de cette famille, la confirmation des réactions sérologiques positives, ce qui est, d'après eux, un argument de haute valeur. BELGODERE.

Pathologica (Gênes).

Le développement des germes pathogènes sur les tissus morts, par Giovanni TRUFFI. *Pathologica*, 15 mars 1931, p. 1.

Première note : expériences avec des *sporotrichon*.

L'auteur étudie la différence de comportement qui existe entre les tissus pendant la vie et après la mort, vis-à-vis du même germe pathogène. Il démontre que les organes des animaux complètement réfractaires pendant la vie à l'infection par le *sporotrichon*, permettent le développement en culture pure du champignon, lorsque, après inter-

ruption de leur vie de relation, ils sont conservés stérilement soit dans des milieux de culture, soit simplement dans une ambiance humide sans addition d'un milieu nutritif.

Deuxième note : *Pathologica,* 15 avril 1931, page 1. Expériences avec le bacille du charbon.

Également pour ce qui concerne le bacille du charbon, on a ... constater les mêmes résultats obtenus et déjà décrits pour les *T.* les *Achor.* et les *Sporotrichon.* En effet, après la mort, les tissu... organes d'animaux même complètement réfractaires, non seu... perdent tout pouvoir antagoniste au développement du germe inoculé dans la circulation, mais en favorisent tellement la croissance qu'ils apparaissent comme de véritables milieux de culture, et cela est si vrai que le fait se vérifie même quand ces tissus et organes sont conservés dans une simple ambiance humide, sans addition d'aucun milieu nutritif. BELGODERE.

Boletino dell' Istituto Sieroterapico Milanese.

Contribution aux problèmes des dermatomycoses expérimentales, par Giovanni TRUFFI. *Boletino dell' Istituto Sieroterapico Milanese,* fasc. 1, janvier 1931, p. 3, 10 fig. Bibliographie.

La possibilité de provoquer des mycoses expérimentales par l'introduction de dermatomycètes par voie hématique était déjà connue depuis longtemps à la suite des travaux de divers auteurs. Le fait curieux, c'est que ces auteurs aient observé et décrit des lésions mycotiques des organes internes, alors qu'ils ne purent obtenir des lésions cutanées. C'est à J. Saeves que revient le mérite d'avoir démontré que, même par voie sanguine, on peut obtenir des lésions mycotiques en tout semblables à celles qui sont obtenues par contagion directe, et de nous avoir indiqué une technique précise et appropriée pour ce genre de recherches.

Après avoir passé en revue les différents travaux qui ont été effectués dans ce sens, l'auteur expose ses recherches personnelles, dont voici les conclusions :

1) Sur le point où agit une action traumatique, on obtient constamment après injection intracardiaque d'une émulsion sporulaire de *Ach. Quinckeanum* ou de *Trich. Gypseum,* un foyer mycotique cutané.

2) L'application de chloroforme à la peau donne les mêmes localisations mycotiques. T. a démontré que les agents chimiques peuvent exercer une action de rappel sur des micro-organismes circulants.

3) Les expériences de T. avec l'émulsion de spores et d'encre de Chine démontrent que les spores arrivent indifféremment dans tous les endroits de la zone traumatisée.

4) Le tissu corné seul est apte à la reproduction de la spore.

5) Dans les infections par voie sanguine, le follicule du poil représente le point de fixation et de développement du champignon, qui

envahit après les cellules cornées superficielles, donnant lieu aux lésions trychophytiques caractéristiques.

6) La lésion ou l'altération des parois des vaisseaux est la seule condition indispensable de la provocation du foyer mycotique cutané chez les animaux inoculés par voie endocardiaque.

7) Le mécanisme n'est aucunement attribuable à des phénomènes de tropisme ou de chimiotaxie : on peut parler seulement de prédilection des dermatomycètes pour le tissu corné.

8) Dans les conditions d'expérimentation de l'auteur, il n'a pas été possible de déterminer des mycoses dans les organes internes.

9) La plupart des tissus et organes, après la séparation de l'organisme, laissent développer abondamment en culture pure le champignon injecté ; on démontre par ce fait la conservation des spores dans l'organisme.

10) Le changement de comportement de l'organe vif et de l'organe isolé de l'organisme est très remarquable, car, d'une condition d'antagonisme on arrive à une condition très favorable au développement du micro-organisme, qui fait d'un morceau d'organe un milieu de culture meilleur que celui même de Sabouraud.

Belgodere.

Il Dermosifilografo (Milan).

Dermatoses par action de la lumière, par Jader Cappelli. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n⁰ 6, juin 1931, p. 321.

C. expose et discute les différentes théories par lesquelles on a cherché à expliquer le mécanisme de l'action des radiations lumineuses dans la production des dermatoses actiniques. Il examine en particulier le cas de l'Hydroa vacciniforme, de la pellagre, de la xérodermie, du *xéroderma pigmentosum*, des diverses pigmentations.

De cette discussion, il conclut que, à l'heure actuelle, il n'est pas possible de tirer une conception pathogénique univoque de toutes les lésions de la peau en rapport avec l'action de la lumière.

Deux éléments sont en jeu : d'une part, un élément d'ordre physique susceptible de modifier, par des coefficients variés et connus, son action excitante ; d'autre part, un élément organique, dont la réactivité peut aussi être influencée par des facteurs divers, nombreux, intrinsèques et extrinsèques, capables de modifier sa résistance et sa sensibilité.

Dans le jeu de ces deux éléments, la part prépondérante peut être attribuée vraiment à la lumière, lorsque les altérations cutanées, dans les limites même extrêmes de la photodermie aiguë et chronique, sont déterminées par une modification morbigène de l'excitation en intensité et en durée.

Dans les autres cas, quand l'excitation lumineuse se maintient dans les limites habituelles de l'ambiance, le rôle principal dans la produc-

tion de la dermatose se trouve reporté principalement du côté de la peau, laquelle, par des facteurs congénitaux ou acquis, endogènes ou exogènes, présente une faculté d'adaptation amoindrie, ou une sensibilité augmentée, de sorte qu'elle répond comme à une excitation anormale et supérieure en intensité et en durée, ou bien par des réactions diverses de type allergique dont le déterminisme ne nous apparaît pas encore complètement élucidé.

Dans ces cas, certes, le rôle de la lumière se présente varié au possible : parfois, il peut constituer le facteur déterminant sur une peau spécifiquement sensible, parfois, il constitue un excitant aspécifique sur une peau douée d'hypersensibilité polyvalente, parfois enfin, il représente le concours d'une sommation d'excitations capables d'agir diversement et simultanément sur la peau sous des influences variées, surtout saisonnières.

Les diverses modalités de concordance et d'interférence de ces divers éléments peuvent nous rendre compte, jusqu'à un certain point, des symptomatologies caractéristiques et de tout l'ensemble phénoménologique qui tient les manifestations cliniques encore très éloignées des reproductions expérimentales. BELGODERE.

Sur la réaction allergique du pus d'adénite vénérienne, par Filippo FRANCHI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 6, juin 1931, p. 333. Bibliographie.

L'auteur a exécuté des recherches dans le but d'analyser les facteurs auxquels le pus d'adénite vénérienne doit ses facultés de provoquer des réactions allergiques chez les porteurs de chancres mous, compliqués ou non d'adénite.

Les recherches ont été conduites sur 40 patients dont certains étaient atteints de chancres mous, tandis que d'autres avaient contracté l'infection antérieurement, et sur des témoins indemnes, en employant pour l'intradermo-réaction le pus de bubon vénérien, une suspension stérile de leucocytes, le vaccin Dmelcos, et, quand cela a été possible, un vaccin préparé avec d'autres germes isolés du pus, et enfin de la solution physiologique comme contrôle.

Des résultats obtenus, on peut tirer les conclusions suivantes :

1) Le pus de bubon, dilué à 1 : 9, a provoqué des réactions positives chez les sujets porteurs de chancres mous, tandis que, chez les sujets qui en avaient été atteints précédemment, la réaction a été particulièrement faible et parfois négative, ce qui a été constaté aussi chez les témoins.

2) L'injection de suspension stérile de *leucocytes* provoque, dans bon nombre de cas, des réactions positives, légères sans doute, mais évidentes, moins souvent incertaines, rarement négatives.

3) Le vaccin, préparé avec les germes accidentels isolés du pus, provoque des réactions spécifiques assez intenses.

4) On peut, par conséquent, admettre que la réaction provoquée par

le pus est spécifique, cependant, à son apparition, concourent, au moins pour une petite part, un facteur aspécifique représenté par l'action phlogogène qu'exercent les produits de désagrégation des corpuscules purulents, et un autre, également aspécifique, mais non constant, représenté par des germes accidentels qui éventuellement peuvent se trouver dans le pus même.

5) Le vaccin Dmelcos donne des réactions spécifiques, intenses et prolongées, chez tous les sujets qui ont ou qui ont eu des chancres mous ; ces résultats concordent avec ceux des auteurs précédents, et confirment l'importance de cette épreuve, laquelle présente non seulement une valeur pratique comme moyen de diagnostic, mais démontre en outre que l'infection streptobacillaire ne doit pas être considérée comme un processus de nature exclusivement local.

Belgodere.

Essais de thérapie bismuthique dans quelques cas de lupus érythémateux, par V. Leigheb. *Il Dermosifilografo,* 6e année, n° 6, juin 1931, p. 345. Bibliographie.

L'auteur expose les résultats obtenus par le traitement bismuthique sur 20 malades atteints de lupus érythémateux. De ceux-ci, 3 seulement présentaient une infection syphilitique précédant le début de la dermatose, tandis que 75 o/o montraient des signes de lésions tuberculeuses, en évolution ou antérieures. Nombre de ces patients avaient suivi antérieurement d'autres traitements par divers moyens physico-thérapiques, des applications de pommades réductrices, des préparations auriques, etc. Les préparations bismuthiques employées furent : le bisjacol, le salbiolo, le bismarsol, mais surtout le bisar. Les résultats obtenus peuvent se résumer ainsi : 7 améliorations très notables, 7 améliorations plus ou moins complètes et fugaces, 6 résultats négatifs. La tolérance aux médicaments fut toujours excellente. L'effet bienfaisant ne fut pas observé seulement dans les formes récentes, mais aussi sur les cas anciens.

L'auteur conseille donc l'emploi des préparations bismuthiques dans tous les cas de lupus érythémateux, quelles que soient la forme, l'ancienneté et l'étiologie supposées de la dermatose, soit d'emblée, soit après résultat négatif des autres moyens de traitement. Il conseille également la persévérance dans le traitement, car, dans quelques-uns des cas observés, les effets salutaires se manifestèrent seulement assez tard.

L'auteur, après avoir exprimé l'opinion que l'action bienfaisante que souvent le bismuth exerce sur les manifestations du lupus érythémateux, doit être rapportée au pouvoir antiseptique et cicatrisant du médicament, conclut en affirmant que les améliorations et les rémissions obtenues par l'effet du traitement bismuthique ne sont pas un argument suffisant pour prouver l'étiologie luétique de la dermatose.

Belgodere.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Matériaux pour l'étude de la sensibilisation de la peau (Sensibilisation au di-nitro-chloro-benzène dans des conditions professionnelles), par N. S. Wedroff (Moscou). *Sovietsky Vestnik D-rmatologuii*, t. IX, n° 3, mars 1931, pp. 226-240, avec 1 photographie et 2 tableaux.

L'auteur décrit les fort intéressantes recherches qu'il a entreprises au service dermatologique de l'Institut d'État des Affections professionnelles à Moscou. Il a fait une étude détaillée de 24 malades hospitalisés pour dermatoses provoquées par le di-nitro-chlorobenzène à l'état de vapeur. Ces dermatoses sont devenues en dernier lieu plus rares, car les petites usines ont été fermées et les grandes usines ont presque totalement hermétisé et mécanisé les processus de fabrication, ce qui évite les affections cutanées dues au di-nitro-chlorobenzène. Toutefois, on les observe encore à cause de l'emploi des tonneaux de bois servant pour enfermer le produit et remplaçant les fûts de fer qui manquent actuellement ; les dermatoses se voient également lors des réparations de l'outillage des usines, lors du transport, etc.

La dermatose débute par une rougeur de la face qui s'étend progressivement aux téguments du tronc et des extrémités. Puis les régions envahies se tuméfient, suintent, démangent. La cessation du travail, les bains et les pommades indifférentes guérissent assez facilement et rapidement la dermatose, mais la reprise du travail, le contact des habits, le séjour près des poussières de la substance nocive et souvent même des causes inconnues provoquent des récidives.

A la période d'état, la rougeur, la cyanose, l'œdème, le suintement, la desquamation de la peau font classer la dermatose dans la variété érythrodermie.

Les différentes épreuves démontrent chez les malades une sensibilité spécifique très élevée envers le di-nitro-chloro-benzène et une tolérance par rapport à d'autres réactifs employés. L'auteur s'est servi de la « méthode de la goutte » consistant à mettre sur la peau du dos ou de la poitrine des gouttes de solutions alcooliques de di-nitro-chlorobenzène variant de 1 p. 100 à 1 p. 1.000.000, c'est-à-dire de 0 gr. 0016 à 0 gr. 000000016 de substance active. Ces gouttes sont répandues à une certaine distance l'une de l'autre, on laisse sécher l'alcool pour exclure son action. Les réactions obtenues sur la peau qui a déjà été atteinte ont naturellement été plus intenses. La réaction se développe au bout de 2 à 24 heures, rarement après 36 heures et consiste en un érythème, avec ou sans œdème et vésiculation. L'érythème dure 2-3 jours, l'œdème 7-15 jours et la vésiculation de 8 à 25 jours, mais jamais il n'y a de symptômes généraux. Les malades porteurs de diverses affections cutanées et servant de contrôle (61 malades dont 41 eczémateux), ont réagi négativement aux épreuves par la di-nitro-chlorobenzène. Cliniquement, les variétés de dermatoses observées sont les suivantes : 1) dermatites circonscrites localisées aux parties découvertes

(face, cou, mains), 10 cas ; 2) érythrodermies généralisées et universelles (toxicodermies), 12 cas et 3) eczéma, variété polymorphe, longue, récidivante et localisée soit aux parties limitées, soit partout, 2 cas. C'est le type érythrodermique qui est caractéristique de la dermatose due au di-nitro-chloro-benzène.

En comparant les épreuves au moyen de la « méthode de la goutte » chez les ouvriers de la même usine chimique à une année d'intervalle, l'auteur a constaté, au cours du second examen, une sensibilité élevée chez un nombre plus considérable d'ouvriers. L'auteur a observé des phénomènes de sensibilisation cutanée par la dermatose supportée et vice-versa, une désensibilisation. La valeur individuelle de l'organisme joue un grand rôle dans ces modifications de la sensibilité.

Au point de vue pratique, l'épreuve commode, facile et simple par « la goutte » a servi pour juger les susceptibilités des ouvriers au point de vue de leur capacité de travail avec le di-nitro-chloro-benzène. Les ouvriers dont la sensibilité cutanée donne un résultat positif à la concentration de 1 p. 1.000.000 à 1 p. 10.000 doivent être exempts du travail. Ceux qui réagissent positivement à la concentration de 1 p. 1.000 à 1 p. 100 peuvent travailler sans trop s'exposer au danger d'une dermatose professionnelle provoquée par la di-nitro-chloro-benzène.

Bermann.

Contribution à l'étude de la syphilis « asymptomatique » ou « muette », par I. A. Perkel, M. M. Israëlson et E. S Orétchkine (Odessa). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 3, mars 1931, pp. 273-282, avec 1 diagramme.

Tout d'abord, les auteurs font une étude détaillée sur la syphilis asymptomatique expérimentale chez les divers animaux et les résultats obtenus par différents chercheurs dans ce domaine. Ensuite, ils font un rapprochement entre la syphilis ignorée et la syphilis muette dont ils tirent des conclusions fort intéressantes.

En ce qui concerne les recherches personnelles des auteurs sur la syphilis asymptomatique, elles ont commencé au début de 1927. Durant ce temps, ils ont obtenu 5 souches syphilitiques sur des lapins. Ces souches ont été obtenues par des inoculations de portions et d'émulsions d'accidents primaires et secondaires de l'homme. Les inoculations étaient pratiquées soit d'après la méthode de Tomasczewski, soit d'après la méthode de Plant-Mulzer. Dans le cas des nulleurs et des syphilitiques latents, les auteurs appliquaient la méthode de Brown et Pearce (inoculation des ganglions poplités). En cas de syphilis active, ils réinoculaient de petits morceaux de chancres, d'orchites, etc., ou leurs émulsions. Les réinoculations se faisaient non seulement sur des lapins, mais aussi sur des souris. La méthode de Brown et Pearce donne un grand pourcentage de résultats positifs chez les lapins syphilitiques latents (88 o/o), tandis que chez les nulleurs, il n'est que de 12 o/o.

Les conclusions des auteurs se ramènent à ceci : les souches jeunes

de la syphilis expérimentale des lapins fournissent une grande quantité de nulleurs. Du fait de son passage par l'organisme d'un lapin déterminé, la souche peut subir un changement de sa virulence par rapport aux lapins, soit dans le sens de son élévation, et alors le nombre des nulleurs dans cette branche baisse brusquement, soit au contraire dans le sens de son abaissement progressif, et alors le nombre des nulleurs augmente. Par analogie, il est possible d'admettre que des souches de spirochètes, en passant par l'organisme d'un sujet humain quelconque, subissent également une modification brusque de leur virulence, soit dans le sens de l'augmentation, soit dans celui de la diminution. L'étude de la syphilis expérimentale permet d'éclaircir toute une série de phénomènes encore peu clairs de la pathologie et de l'immunité dans la syphilis. Les expériences sur la syphilis de l'animal permettent d'interpréter mieux les cas de syphilis ignorée et asymptomatique chez l'homme et les particularités de l'évolution de la syphilis chez la femme. La méthode de réinoculation des ganglions lymphatiques mérite une attention et une application aussi dans la clinique de la syphilis humaine. Cette méthode sera peut-être un jour utilisée aux fins de diagnostic et de guérison de la syphilis. C'est l'objet des recherches menées actuellement par les auteurs.

BERMANN.

Contribution à la valeur thérapeutique du crysolgan et du triphal dans les maladies cutanées, par G. N. KLEINMAN (Balty). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii,* t. IX, n° 3, mars 1931, pp. 282-291.

Après une revue bibliographique de l'aurothérapie dans diverses dermatoses, l'auteur rapporte ses résultats personnels obtenus avec le crysolgan, sel contenant 50 o/o d'or et le triphal, sel en renfermant 44 o/o. Les deux produits s'emploient par voie intraveineuse, la solution se prépare extemporanément avec de l'eau fraîchement stérilisée et bidistillée. Les doses initiales étaient de 0 gr. 0001 et atteignaient progressivement 0 gr. 025 pour le crysolgan et 0 gr. 05 pour le triphal. Le nombre d'injections variait de 8 à 20. L'auteur a traité depuis la fin de 1927 en tout 37 malades, dont 2 lupus vulgaires, 16 lupus érythémateux et 19 psoriasis. Les injections étaient pratiquées tous les 14 jours en cas de lupus et tous les jours en cas de psoriasis. Les malades ont été en observation au moins 2 ans.

Les résultats de l'auteur sont les suivants : 6 cas de lupus érythémateux traités par le triphal n'ont subi aucun changement. Parmi les 10 autres cas traités par le crysolgan, 4 ont été guéris, 2 améliorés et 4 sont restés stationnaires.

Les préparations d'or n'ont à elles seules exercé aucune influence favorable sur le psoriasis dont le traitement a dû être continué d'une manière habituelle par les pommades.

Les deux cas de lupus vulgaire n'ont pas changé par l'usage du crysolgan. Les accidents dus au traitement ont consisté en céphalées, fièvre, faiblesse générale, douleurs osseuses et musculaires. En plus,

l'auteur a observé une aggravation des foyers spécifiques dans le poumon, une néphrite, une colite, une généralisation des manifestations cutanées et une production d'un zona. Les travaux de l'auteur ne lui permettent pas, par conséquent, de préconiser pour le moment, un large emploi des sels d'or en dermatologie. BERMANN.

Contribution à la casuistique des affections cutanées chez les porteurs de ciment, par E. I. IOFFÉ et I. S BERLINE (Taganrog). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii*, t. IX, n° 3, mars 1931, pp. 292-294.

Après quelques données préliminaires, l'auteur rapporte 3 cas personnels observés chez 3 manœuvres terrassiers qui ont été envoyés pour décharger quelques wagons de ciment, car les porteurs spécialistes faisaient défaut. Ces manœuvres manquaient de sacs servant à protéger la tête et le cou, c'est pourquoi la poussière de ciment a pu pénétrer jusqu'aux téguments cutanés. Les lésions observées le lendemain de leur travail occupaient un triangle dont la base était la région interscapulaire et le sommet la XIIe vertèbre dorsale, puis la ceinture où le ciment s'est amassé en boules et ensuite des foyers disséminés intermédiaires entre les deux régions citées. Les lésions consistaient en des petites croûtes gris foncé adhérentes, confluentes par places ou fendillées et montrant des plaies profondes. La peau du thorax est saupoudrée de poudre grise. Sous l'influence des pommades, les imprégnations de ciment se détachèrent, laissant au dos des petites cicatrices blanches et une surface ulcérée à la ceinture. La sensation de brûlure et la difficulté des mouvements ont cédé à des compresses d'eau de Goulard et aux pommades indifférentes. Les ulcérations ont guéri en 8-10 jours, mais certaines croûtelles ont persisté encore après cette date.

L'auteur constate que les lésions décrites sont dues à la combinaison chimique d'une partie composante du ciment, la chaux vive qui, s'unissant à la sueur, dégage une grande quantité de chaleur et provoque une brûlure (phénomène d'extinction), ainsi qu'à l'action mécanique de la charge qui produit une incrustation du ciment dans la peau. Les lésions localisées à la ceinture sont provoquées par l'accumulation des poussières de ciment qui se sont concrétisées en morceaux. L'auteur conclut que le port des sacs recouvrant la tête, le cou et le dos eut été suffisant pour éviter la production de la dermatose décrite qui a causé de vives souffrances aux ouvriers et des dépenses à l'assurance.

BERMANN.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift (Bâle).

Crises d'urticaire et d'asthme provoquées par des lavements à la camomille ; dermo-réactions ; effet de l'Emgé Lumière des anesthésiques locaux, percaïne et panthésine sur les foyers inflammatoires, par E. JÆGGI. *Schweizerische Medizinische Wochenschrift*, 61e année, n° 24, 13 juin 1931, pp. 572-575.

Après une opération, J. a fait faire à sa malade, sujette à des crises d'asthme et d'urticaire, des lavements à la camomille. Il s'ensuivit chaque fois de doubles crises d'urticaire et d'asthme. Les recherches expérimentales que J. tenta ensuite menèrent aux résultats suivants : une infusion de camomille produisit des lésions locales intenses qui, cependant, diminuèrent considérablement après l'injection d'Emgé Lumière, sans disparaître complètement. Une diminution de la réaction locale est aussi remarquée si l'allergène camomille est mélangé avant l'injection avec un anesthésique ou si le baume « Panthésine » est appliqué sur la peau. Il en est de même si ces expériences sont faites sur la peau anesthésiée avec la percaïne. Les mêmes expériences furent répétés avec un vaccin antistaphylococcique (staphylocoques dorés stérilisés). La percaïne retarda la réaction inflammatoire mais ne l'empêcha pas de se produire, tandis que le baume appliqué sur les foyers inflammatoires en diminua la sensibilité et la douleur sans activer leur régression. L'auteur propose par suite de soigner les panaris et les furoncles avec le baume, avec lequel Gigon et Lutz ont obtenu de bons résultats et de compléter éventuellement le traitement du panari par une anesthésie.

MAX-HENRI WELTI.

Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



L'ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES CHÉLOÏDES

Par MM. L.-M. PAUTRIER et Fr. WORINGER

Si l'on consulte la plupart des classiques, on y peut lire que les chéloïdes ont, au point de vue histologique, la structure d'un fibrome très dense, à faisceaux conjonctifs adultes. Certains auteurs ajoutent que les chéloïdes sont plus ou moins riches en éléments cellulaires, surtout en mastocytes, particulièrement sur leurs bords. Presque tous les considèrent comme des tumeurs fibreuses, presque scléreuses.

C'est l'impression qui résulte en effet d'un examen superficiel, principalement lorsqu'on se contente des colorations banales telles que l'éosine ou même le Van Gieson. Il en va tout autrement si l'on emploie les colorations trichromiques et si on étudie avec soin ses coupes à l'immersion. On s'aperçoit alors que tous les termes de la description histologique classique sont rigoureusement erronés et que, bien loin de se présenter comme un fibrome, la chéloïde est constituée par un tissu conjonctif jeune, particulièrement riche en substance interstitielle, imbibant des fibrilles grêles et dissociées, en éléments cellulaires et en vaisseaux d'une abondance exceptionnelle. On arrive alors à cette conclusion que le tissu chéloïdien est d'une étude passionnément intéressante, et non pas seulement au point de vue de la chéloïde elle-même. Il pose en effet une série de problèmes touchant à la structure physico-chimique du collagène et représente vraisemblablement un terrain d'étude tout particulier pour la recherche des conditions qui déterminent la formation du collagène.

*
* *

Nous avons pu recueillir dans ces derniers temps 6 cas de chéloïdes d'origine diverse que nous allons étudier successivement en mentionnant brièvement les documents cliniques. Les pièces furent toujours excisées sous anesthésie générale ou à l'anesthésie locale par congélation au chlorure d'éthyle ; jamais il ne fut fait une injection anesthésiante locale. Les fragments biopsiés ont été pour la plupart partagés en deux pour être fixés d'une part avec le liquide de Bouin et d'autre part avec du formol à 10 o/o ; l'inclusion a été faite à la paraffine. Nous nous sommes servis de nos méthodes de coloration habituelle qui sont : le « trichrome » de Masson, le « Safran » de Masson, l'Erythrosine-Orange-Bleu de Toluidine, le Van Gieson, l'Orcéine, etc...

Observation I. — Sch... Jacques, 51 ans (collection histopathologique (F. 107)). Il s'agit d'une chéloïde de la région présternale, sous forme d'une bande, de l'épaisseur du petit doigt, allongée transversalement sur une longueur d'environ 5 centimètres. L'origine de cette chéloïde paraît spontanée, le malade n'a jamais eu à ce niveau de blessure ni de furoncle et il n'y a aucune trace d'acné que l'on puisse incriminer. C'est une vieille chéloïde à l'état stationnaire qui existerait depuis de nombreuses années.

Les coupes histologiques transversales faites à deux endroits montrent la même image.

En examinant la coupe colorée à l'œil nu, on peut déjà avoir certains renseignements. La chéloïde est nettement reconnaissable au centre de la préparation ; elle est en effet beaucoup moins colorée que le reste de la coupe et ressort avec une teinte plus pâle. Ce massif chéloïdien paraît assez bien limité, il est ovalaire et présente quelques lobulations. Il occupe la partie moyenne du derme et laisse intact, d'une part, une bandelette de derme papillaire d'environ 1/2 millimètre d'épaisseur, d'autre part, il est limité du côté du tissu cellulaire sous-cutané et du pannicule adipeux par une couche de derme profond. Le collagène qui a été respecté va rejoindre le derme normal sur les bords latéraux de la chéloïde.

Au microscope et à un faible grossissement (Fig. 1), nous pouvons nous convaincre de la réalité de ce que nous avons vu à l'œil nu. La chéloïde proprement dite n'arrive pas jusqu'en surface, mais est recouverte par un toit qui est formé, en plus de l'épiderme, par une bandelette de collagène dermique normal. L'épiderme ne présente aucune modification apparente, son épaisseur est normale et son dessin papillaire est partout conservé. La pigmentation existe, quoique peu abondante, ce qui paraît normal dans la région présternale d'un sujet non hâlé. Sous l'épiderme, apparaît un derme papillaire normal qui se

continue par les faisceaux de collagène plus épais du derme moyen. Ce reste de derme normal ne contient aucune glande et aucun follicule pileux, tout ce que l'on trouve à un certain endroit, c'est un kyste corné, dernier vestige d'un follicule pilo-sébacé. Mentionnons encore dans cette zone, un ou deux petits amas de cellules rondes, pour la plupart des lymphocytes, qui sont disposés autour de petits capillaires. Dès qu'on arrive sur les bords latéraux et inférieur du massif chéloïdien, les annexes de la peau qui font défaut dans cette bandelette supérieure de collagène et qui sont également complètement absentes dans la chéloïde

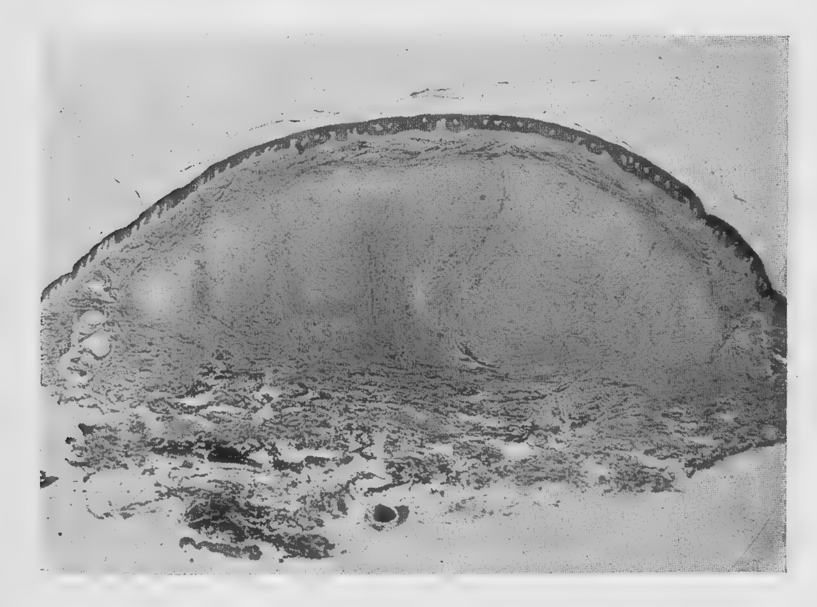


Fig. 1.

Observation I. — Vue d'ensemble au faible grossissement ; on distingue l'ensemble de la chéloïde qui tranche par sa teinte plus claire sur le collagène normal ; celui-ci forme une bandelette qui sépare l'épiderme de la chéloïde et, à la partie inférieure de celle-ci, il dessine une sorte de capsule (grossissement 10 diamètres).

elle-même, réapparaissent. On retrouve, en effet, au-dessous du massif chéloïdien, dans le derme profond avoisinant le tissu cellulaire sous-cutané, des glandes sudoripares en parfait état. Sur l'une des coupes, on peut suivre sur une longue étendue un canal excréteur qui, pour arriver en surface, s'incurve autour de la chéloïde. Il a été tout simplement repoussé par la marche envahissante de cette dernière (Fig. 2).

La chéloïde proprement dite est assez bien délimitée par rapport au tissu conjonctif normal ; ce dernier tranche nettement sur le tissu chéloïdien par ses faisceaux plus épais et par sa plus grande colorabilité.

Par endroit, surtout à la partie inférieure de la chéloïde, ce collagène paraît constituer une espèce de capsule. Non seulement il est plus dense, mais encore la continuité concentrique de certains faisceaux, autour de la chéloïde, parle en faveur d'un tissu plus ou moins lamelleux. L'aspect légèrement lobulé du tissu chéloïdien se vérifie à ce grossissement. En effet, des faisceaux conjonctifs de coloration normale quittent l'espèce de capsule que nous venons de décrire et délimitent 8 à 10 lobules sur la coupe de notre massif chéloïdien. Ces cloisons ne sont d'ailleurs pas parfaites et se perdent vers le centre de la chéloïde.

A ce faible grossissement, le tissu de la chéloïde proprement dite est, comme nous l'avons déjà vu, plus pâle et d'un grain beaucoup plus fin que le collagène dermique. Il faut l'examiner à un fort grossissement pour l'analyser. Nous étudierons successivement la trame collagène, les fibrocytes et l'élément vasculaire qui prend une part importante.

La trame collagène est faite de fibres fines, irrégulières ; par endroits, on voit de vrais faisceaux, mais ils n'ont pas l'épaisseur des faisceaux de collagène ordinaire et de plus, ils sont comme imbibés d'un œdème qui les dissocie (Fig. 3). A l'immersion, on a l'impression d'une véritable éponge injectée d'un liquide incolore qui s'est réparti régulièrement dans toutes les mailles du collagène.

Un deuxième fait remarquable est la grande richesse cellulaire du tissu chéloïdien. Il s'agit de cellules conjonctives d'allure jeune que l'on rencontre coupées dans toutes les orientations. Ou bien, elles sont

---

Fig. 2.

Observation I. — La chéloïde est dépourvue de toute annexe épidermique ; elle semble les repousser à la périphérie dans sa marche envahissante. On voit ici un fragment de canal sudoripare qui, parti des glandes siégeant en dessous de la chéloïde et pour gagner la surface, contourne la chéloïde. Il paraît ici rectiligne parce que la microphoto faite à un très fort grossissement ne fixe qu'une partie minime de son trajet. En réalité, il s'incurve en demi-cercle autour de la chéloïde car on peut le suivre sur une partie importante de la coupe (grossissement : 300 diamètres).

Fig. 3.

Observation I. — Montrant la structure fibrillaire fine du collagène et surtout son imbibition par un liquide interstitiel abondant qui le dissocie et donne l'impression d'un œdème véritable, d'une sorte d'éponge, avec des zones où il n'y a plus trace d'un tissu organisé. Or, il n'y a eu aucune injection faite, la pièce a été prélevée sous anesthésie générale et le collagène normal, hors de la chéloïde, ne montre aucune lésion analogue Remarquer également la présence de nombreux capillaires minuscules qui pourraient à peine contenir un ou deux globules rouges (grossissement : 185 diamètres).

Fig. 4.

Observation I. — Fort grossissement (820 diamètres). Remarquer la dissociation du collagène par le liquide interstitiel qui l'imbibe ; entre les fibrilles de collagène, en bas, de belles cellules conjonctives jeunes qui s'étalent librement dans ce tissu lâche et œdémateux ; en haut deux mastocytes dont le noyau est en partie masqué et dont le contenu est dessiné par leurs granulations métachromatiques.

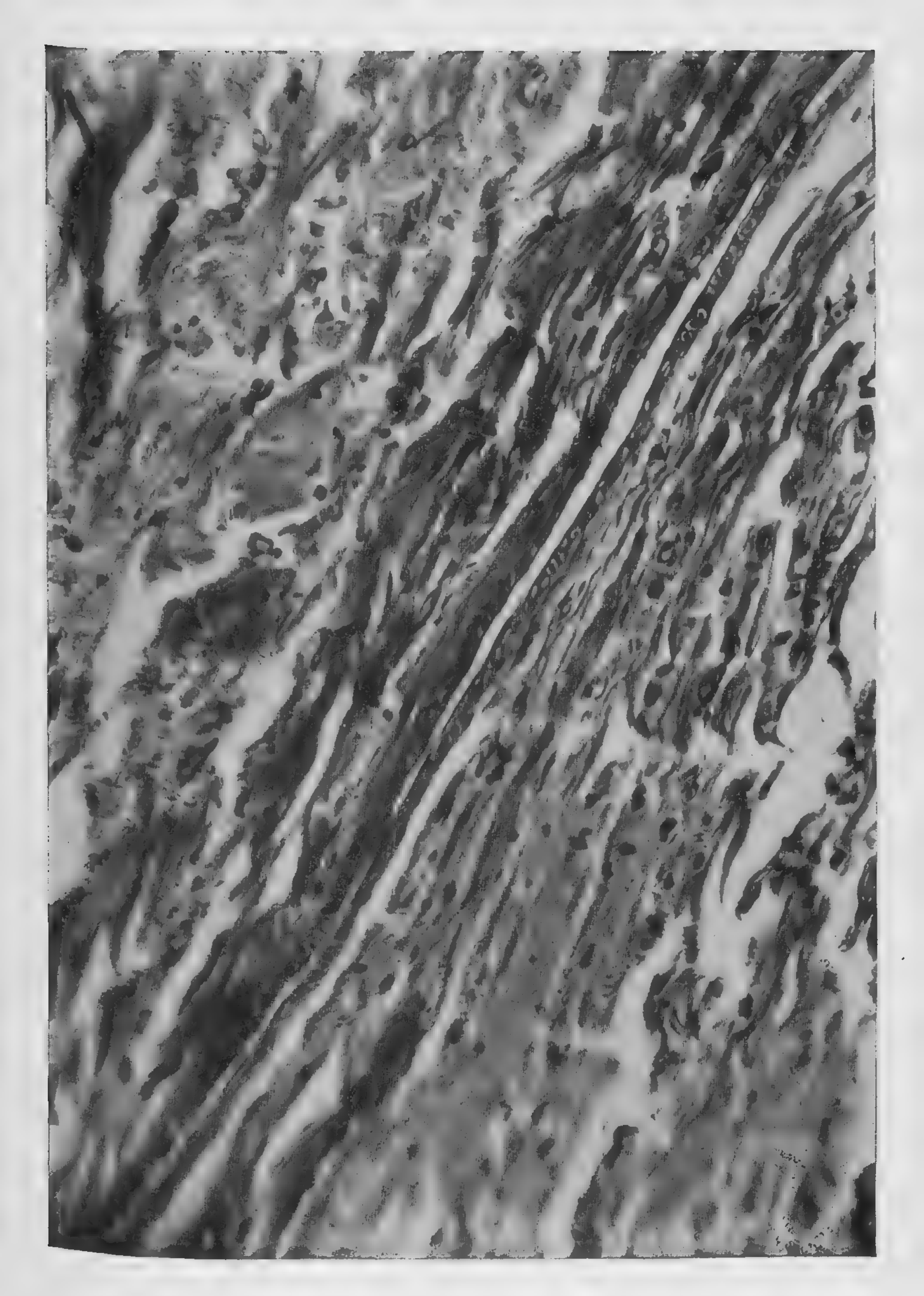


Fig. 2.

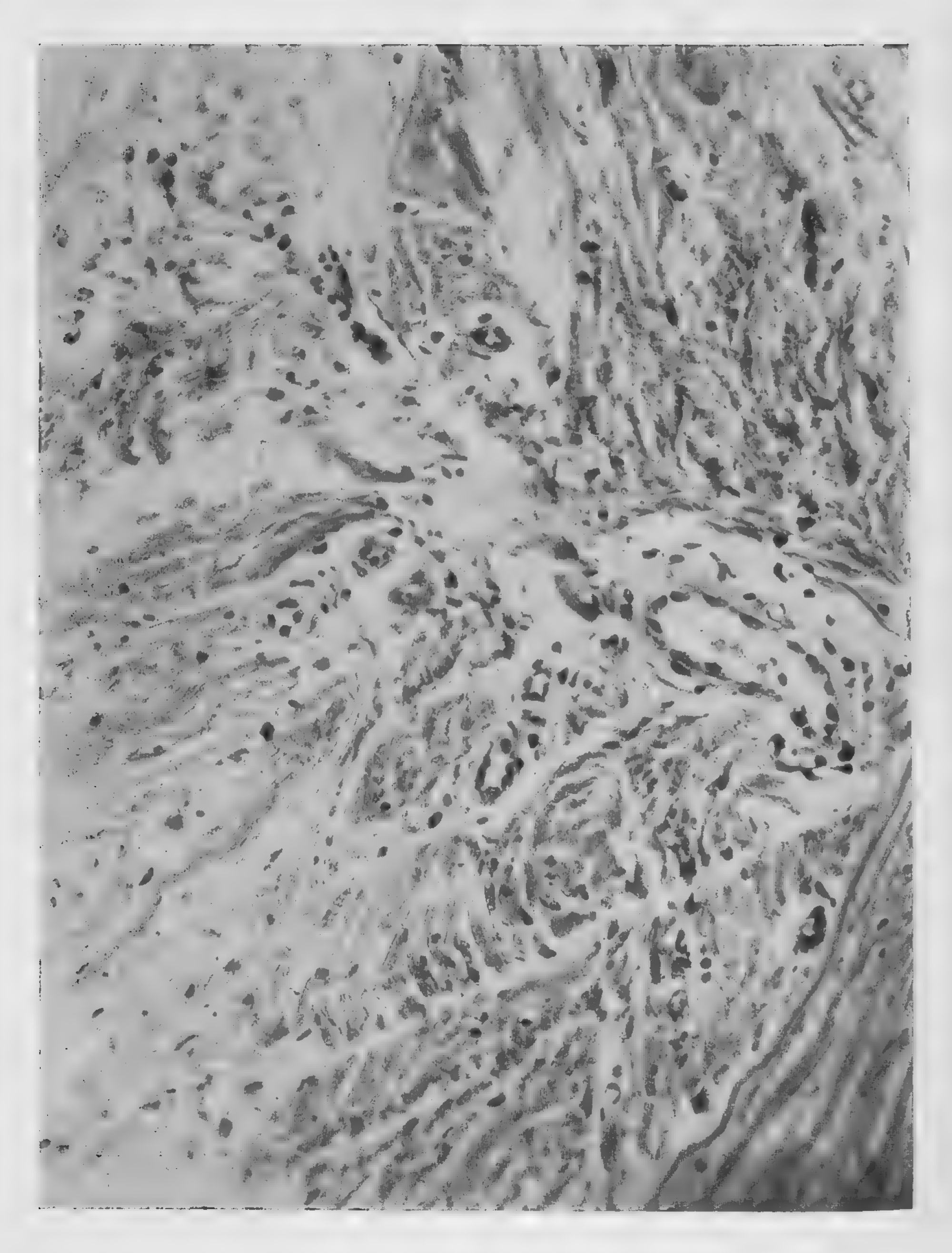


Fig. 3.



Fig. 4.

arrondies et mal limitées, ou étirées en un long fuseau. Leurs noyaux sont grands et pâles avec des contours arrondis ou ovalaires bien marqués. Ils contiennent fréquemment un gros nucléole. Comme autre variété cellulaire, nous rencontrons un peu partout des mastocytes, plus nombreux que normalement (Fig. 4).

Enfin, la troisième caractéristique de la lésion est un réseau capillaire très abondant, particulièrement dans les parties profondes, capillaires en général très petits dont la lumière ne permet le passage simultanément que de 1 ou 2 globules rouges. Leur paroi est réduite à un mince liseré protoplasmique formé par les cellules endothéliales. Des fentes et des espaces libres autour de ces capillaires parlent de nouveau en faveur de cet état d'œdème que nous avons signalé dans la trame du collagène.

En résumé, la chéloide est représentée, dans ce cas, par une masse bien délimitée, avec une apparence de lobulation, située au centre du derme et constituée par un collagène différent du collagène dermique habituel avec une imbibition séreuse manifeste, une richesse en cellules du type des fibrocytes jeunes et en capillaires.

Observation II. — Zett... René, 17 ans (F. 85). Il s'agit dans ce cas d'une chéloïde post-opératoire rétro-auriculaire. Le sujet a subi en 1928 une opération chirurgicale portant sur la région rétro-auriculaire gauche. Un an après, la cicatrice s'indure et se transforme en une véritable chéloïde. Il est réopéré par son même médecin en 1930 pour être débarrassé de cette chéloïde et se présente à nous 6 mois après, avec une récidive qui épouse en demi-cercle tout le repli rétro-auriculaire sur une étendue de 7 centimètres et sur une largeur de 1 centimètre environ en formant une saillie de quelques millimètres surtout à son pôle supérieur (Fig. 5). Cette chéloïde a une tendance à s'accroître et est sensible à la palpation, qui permet d'ailleurs d'apprécier l'induration considérable.

A un faible grossissement (Fig. 6), le tissu chéloïdien frappe de nouveau par sa pâleur par rapport au derme sain, mais sa limite est beaucoup moins bien tracée et au lieu de repousser le collagène du derme normal, il paraît au contraire l'envahir. La chéloïde est de nouveau située dans la partie moyenne du derme et laisse intacte une couche de collagène située au-dessus d'elle et par rapport à laquelle elle est assez bien limitée par des travées collagènes longitudinales un peu plus colorées. Mais dans le bas toute limitation a disparu et nous assistons à un envahissement du derme par le tissu chéloïdien : de gros faisceaux collagènes du derme normal sont dissociés et paraissent disparaître peu à peu. Nous allons reprendre cette étude à un plus fort grossissement en procédant plan par plan.

L'épiderme, tout en gardant son épaisseur normale, manque nettement de prolongements interpapillaires sur toute une partie de son



Fig. 5.
Chéloïde rétro-auriculaire post-opératoire, datant de six mois (malade de l'observation II).



Fig 6.
Observation II. — Vue d'ensemble à un faible grossissement ; la chéloïde qui occupe la partie moyenne du derme tranche encore sur le derme normal par sa moindre colorabilité ; elle est également séparée du derme par une bande de collagène normal. Par contre, sur le côté gauche, il n'y a pas de limitation nette et le tissu chéloïdien jeune (lésion de 10 mois) envahit et dissocie le collagène normal (grossissement : 10 diamètres).

étendue au-dessus de la chéloïde, et l'union dermo-épidermique se fait en une ligne droite ou plus ou moins sinueuse.

Toute la couche dermique située entre l'épiderme et la chéloïde présente une trame assez uniforme et nous ne pouvons plus distinguer le derme papillaire et le derme moyen. La trame de ce collagène est moins grossière que dans le derme moyen ordinaire, mais néanmoins plus colorée que celle de la chéloïde dont elle se distingue aisément à un faible grossissement. Cela cadre avec le fait que nous sommes en présence d'une chéloïde cicatricielle et la forme particulière de l'épiderme aussi bien que le tissu conjonctif remanié par dessous en sont un témoignage. Plus encore, nous trouvons de gros capillaires dilatés formant à ce niveau des lacs et à côté d'eux de nombreux capillaires plus petits qui sont entourés de quelques lymphocytes, reliquat d'inflammation cicatricielle. De part et d'autre de ce derme cicatriciel, nous tombons sur un derme possédant de nouveau ses caractères habituels et dont l'épiderme dessine des papilles normales.

Notons toutefois que la chéloïde s'étend en largeur, bien au delà de ce reliquat cicatriciel. Elle est limitée, par rapport à ces couches dermiques supérieures, par des bandes de collagène à longs faisceaux continus et un peu plus foncés en couleur. Cette zone dépassée, on tombe sur le tissu chéloïdien. Nous trouvons de nouveau à son niveau un aspect analogue à celui du cas précédent. Le collagène est d'une texture fine, mais paraît tout de même avoir par places une orientation déterminée. Cette texture fine apparaît d'autant mieux que tout ce collagène chéloïdien paraît régulièrement imbibé d'une sérosité qui le dissocie. L'élément cellulaire est peut-être plus abondant que dans le cas précédent ; ici encore, il s'agit de fibrocytes bien développés, grands, avec gros noyaux pâles, gros nucléoles et un protoplasme en fuseau que l'on peut par endroit poursuivre assez loin. Les mastocytes sont également assez nombreux. L'imbibition œdémateuse de tout ce tissu permet aux éléments cellulaires de s'étaler librement.

Au contraire, l'élément vasculaire qui existe nettement paraît moins important que dans notre premier cas ; il s'agit toujours uniquement de capillaires à paroi très mince, coupés sous toutes les incidences.

Un nouvel élément vient compliquer l'image de la chéloïde qui jusqu'à présent cadre assez bien avec la précédente, c'est la présence à

Fig. 7.

Observation II. — Chéloïde rétro-auriculaire post-opératoire jeune, datant de six mois ; sur les bords du tissu chéloïdien qui n'est pas encapsulé on retrouve de gros faisceaux de collagène normal qui tranchent par leur coloration foncée et qui sont dissociés par le tissu chéloïdien à fibrilles grêles, fines, beaucoup plus pâle imbibé de liquide interstitiel et riche en éléments cellulaires. On a l'impression d'assister à l'envahissement du derme normal par la chéloïde jeune, encore exubérante (grossissement : 185 diamètres).

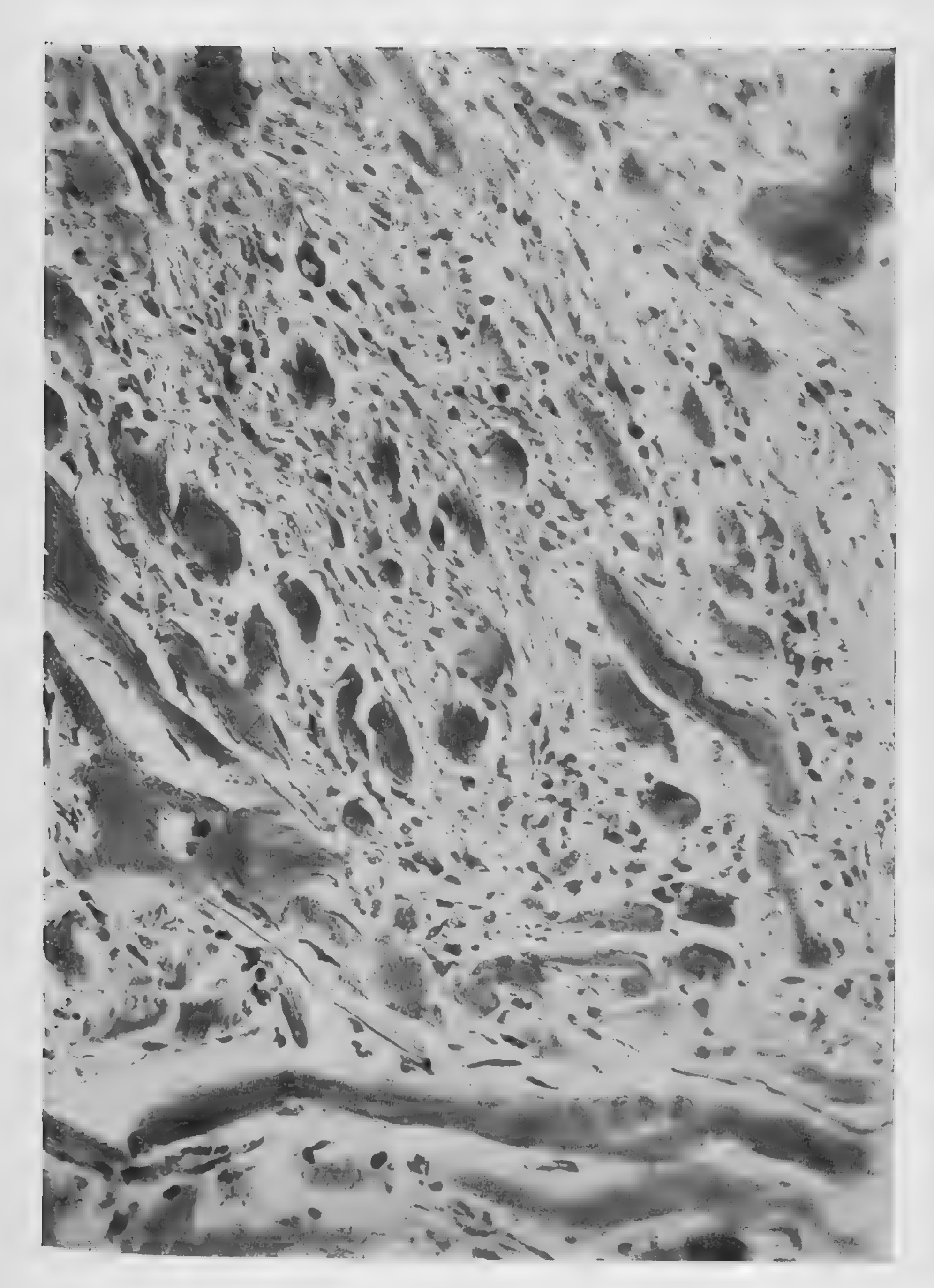


Fig. 7.

l'intérieur du massif chéloïdien d'énormes faisceaux conjonctifs coupés longitudinalement ou transversalement (Fig. 7). Ils paraissent dissociés par le tissu chéloïdien qui s'infiltre entre eux de sorte qu'en définitive nous voyons de gros faisceaux de collagène de coloration normale, séparés les uns des autres par un collagène très fin, dentelé par des lacunes œdémateuses, excessivement riche en cellules et par-ci par-là en petits capillaires. Nous sommes ici en présence d'une chéloïde jeune en pleine formation, ne datant que de 6 mois. On a l'impression d'assister à l'envahissement du derme normal par le tissu chéloïdien si spécial.

Observation III. — Ros... Adolphe, 12 ans 1/2 (F. 89). Dans ce cas encore, nous sommes en présence de chéloïdes opératoires, mais plus



Fig. 8.
Observation III. — Chéloïdes post-opératoires consécutives à une opération pour ectopie testiculaire et datant de 2 ans et demi.

âgées et à peu près stationnaires dans leur accroissement. L'enfant en question est atteint d'un syndrome adiposo-génital par ectopie testiculaire. La descente des testicules fut obtenue opératoirement il y a 3 ans



Fig. 9.

Observation III. — Vue d'ensemble de la coupe de la chéloïde en tumeur entièrement extériorisée et qui occupe la presque totalité de la coupe. On ne reconnaît le collagène normal plus foncé que sur les deux bords, vers la partie inférieure; on peut également le suivre dans la bandelette qu'il forme, recouvrant la chéloïde et la séparant de l'épiderme (grossissement : 10 diamètres).

par deux incisions abdominales obliques et symétriques de la région des fosses iliaques. Six mois après l'opération, les chéloïdes telles que nous les voyons actuellement (Fig. 8), étaient déjà à peu près constituées. Il s'agit de chéloïdes en bandes, le long des cicatrices opératoires, très saillantes surtout à leur extrémité inférieure. La chéloïde du côté gauche est entièrement extériorisée et fait une saillie de plus de 1 centimètre. C'est à cet endroit que porte notre biopsie. La vue d'ensemble de la coupe à un faible grossissement (Fig. 9) montre bien cette extériorisation de la chéloïde. Sa limitation ne se voit pas partout avec la même netteté. Elle se reconnaît particulièrement au niveau de la face profonde, ou sa pâleur tranche avec le collagène du derme profond. Ce collagène se continue sur les deux bords de la saillie chéloïdienne et se perd progressivement de sorte que la chéloïde paraît être en contact avec l'épiderme. Mais un plus fort grossissement nous détrompe.

L'épiderme hyperkératosique présente une épaisseur normale. Le dessin papillaire, normal sur les deux versants de la tumeur chéloïdienne extériorisée, est un peu effacé au niveau de son sommet, mais est loin d'aboutir à une limite dermo-épidermique rectiligne. On ne peut plus parler d'une séquelle de la cicatrice opératoire. Immédiatement sous l'épiderme, là où la chéloïde paraissait presque en contact avec lui, nous voyons au contraire un liseré de collagène normal qui s'interpose entre l'épiderme et la chéloïde. La limitation est assez vague à cet endroit, mais la preuve de ce liseré normal est donnée par des colorations à l'orcéine. Alors que les fibres élastiques font défaut, dans le tissu chéloïdien et ne reparaissent qu'au niveau du tissu collagène normal — disons que nous l'avons vérifié dans toutes nos biopsies pour ne plus y revenir —, nous trouvons au contraire dans ce collagène sous-épidermique des fibres élastiques qui se présentent avec la finesse qu'el-

Fig. 10.

Observation III. — Chéloïde post-opératoire datant déjà de 2 ans et demi. On retrouve toujours le tissu chéloïdien formé par des fibrilles fines et grêles imbibées de liquide interstitiel, ainsi que de nombreux fibrocytes, les uns coupés transversalement, les autres longitudinalement et étalant librement leurs pointes d'accroissement. Mais on voit en outre, au milieu de la coupe, un capillaire coupé longitudinalement sur une certaine longueur. Par l'étroitesse de sa lumière et le volume considérable des cellules endothéliales qui forment seules sa paroi, il donne nettement l'impression qu'il s'agit d'un capillaire néo-formé (grossissement : 550 diamètres).

Fig. 11.

Observation III. — Petit amas de lymphocytes formant une ébauche de manchon autour d'un capillaire qui occupe le centre de la préparation ; capillaire et lymphocytes baignent dans une trame de collagène réduite au minimum et imbibée de liquide interstitiel qui forme une véritable éponge ; au-dessus et au-dessous, nombreux fibrocytes librement étalés sur toute leur longueur (grossissement : 550 diamètres). Cet aspect est exceptionnel et nous ne l'avons trouvé que sur une de nos pièces.



Fig. 10.



Fig. 11.

les possèdent habituellement au niveau du derme papillaire. Une fois de plus, nous notons donc que la chéloïde siège dans le derme moyen. On ne peut plus parler ici d'une lobulation ; néanmoins le massif chéloïdien est parcouru par quelques petits trousseaux de gros faisceaux qui par leur coloration paraissent appartenir à du collagène normal. A beaucoup d'endroits ces faisceaux se détachent d'ailleurs du tissu dermique normal qui entoure la chéloïde. Ces trousseaux de collagène grossier supportent par place de petites artérioles pourvues d'une tunique musculaire. On trouve également des aspects qui nous rappellent la préparation précédente par le fait que ces gros faisceaux sont souvent dissociés par le tissu chéloïdien et arrivent à des images analogues à la figure 7.

Le tissu chéloïdien proprement dit ressemble à ce que nous avons déjà dit dans l'étude des préparations précédentes, néanmoins il y a quelques variantes.

La trame collagène n'a pas la grossièreté de celle du tissu collagène ordinaire, elle est plus fine et très riche en cellules conjonctives jeunes et en mastocytes. L'imbibition œdémateuse existe, de même les nombreux capillaires, toujours petits et munis simplement d'une paroi endothéliale à gros noyaux turgescents. L'élément vasculaire paraît même beaucoup plus important que dans les cas précédents et l'on trouve des capillaires coupés dans toutes les incidences. Certains d'entre eux, coupés longitudinalement sur une certaine longueur, donnent par leur étroitesse et leurs cellules endothéliales énormes, l'impression qu'on assiste à leur formation (Fig. 10).

Mais ce que nous n'avons pas encore constaté jusqu'ici et qui frappe sur cette coupe, c'est l'existence un peu partout de cellules à petit noyau très foncé, dépourvu de protoplasme, ressemblant à des lymphocytes qui s'amassent de-ci, de-là pour former quelques manchons autour des capillaires (Fig. 11). Ces amas sont peu fournis et paraissent toujours dissociés par le même œdème qui dissocie le tissu chéloïdien dans son ensemble.

Observation IV. — Mme Rey..., 35 ans (F. 111). Il s'agit d'une chéloïde opératoire abdominale, à la suite d'une opération césarienne faite il y a environ 2 ans.

Sur une vue d'ensemble, à un faible grossissement (Fig. 12), la chéloïde est nettement reconnaissable par sa teinte pâle et sa limitation est assez bien marquée, surtout du côté du derme profond où elle est encerclée par un collagène à gros faisceaux de coloration plus intense.

L'épiderme recouvrant l'étendue de la chéloïde est dépourvu de papilles et assez rectiligne. Comme dans nos cas précédents, la chéloïde est séparée de ce dernier par une petite bande de collagène d'une épaisseur équivalente à celle de l'épiderme. Du côté de la chéloïde, cette bande ne présente pas de limitation aussi nette que celle que nous trouvons



Fig. 12.

Observation IV. — Chéloïde post-opératoire consécutive à une césarienne datant de 2 ans. Vue d'ensemble de la coupe. A gauche peau normale à collagène normal foncé ; la chéloïde tranche par sa faible colorabilité ; le collagène normal la limite nettement par en bas et la sépare de l'épiderme par une bandelette très mince (grossissement : 10 diamètres).

en profondeur entre la chéloïde et le derme profond. La chéloïde elle-même présente approximativement les mêmes caractères que dans les cas précédents. Toutefois, elle paraît découpée en lobules par la pénétration de faisceaux collagènes très colorés avec lesquels cheminent des artérioles et des veinules qui paraissent constituer des vaisseaux nourriciers donnant naissance aux capillaires chéloïdiens. A un fort grossissement, le tissu chéloïdien ne mérite pas de description spéciale ; sa trame collagène assez fine, sans orientation apparente, présente de l'imbibition œdémateuse quoique à un degré moins accusé ; elle est riche en cellules conjonctives et les capillaires y sont assez nombreux.

Observation V. — Kief... Georges, 10 ans (F. 114). Cet enfant a été badigeonné avec de la teinture d'iode au niveau de la région cervicale antérieure il y a huit mois pour une laryngite. A la suite d'applications



Fig. 13.
Observation V. — Chéloïde consécutive à une brûlure par teinture d'iode datant de 8 mois. Vue d'ensemble de la lésion : elle occupe toujours le derme moyen et est toujours séparée de l'épiderme par du collagène normal plus foncé (grossissement : 10 diamètres).

répétées, il se fit une brûlure avec ulcération consécutive. La cicatrisation se fit rapidement, mais la cicatrice s'indura dès les semaines qui suivirent et aboutit à la lésion pour laquelle nous voyons le malade. Il

s'agit d'une chéloïde grosse comme une noisette, très bombée, bien délimitée, rose, dure et douloureuse à la palpation. L'excision en est faite en totalité.

A un coup d'œil d'ensemble (Fig. 13), cette chéloïde ressemble assez à la chéloïde spontanée que nous avons décrite en premier lieu. Le tissu chéloïdien plus clair se présente avec la même lobulation, d'autant plus accusée que la trame collagène du tissu chéloïdien a ici une certaine orientation, et que des groupes de fibres conjonctives tranchent sur d'autres du fait de leur section longitudinale ou transversale. La limitation de la chéloïde est assez bien marquée par endroits ; à d'autres, elle est moins précise à cause du manque de cette apparence de capsule. Du côté de l'épiderme qui a gardé sa constitution normale à tous points de vue, il y a de nouveau une bande de collagène sain qui s'interpose entre lui et la chéloïde. L'orientation assez précise de la trame collagène du tissu chéloïdien nous permet d'observer des fibres conjonctives soit étalées, soit en section (Fig. 14). D'une manière générale, elles sont minces et ne forment nulle part de gros faisceaux ; au contraire, une fois de plus, nous constatons une imbibition œdémateuse qui les sépare les unes des autres et arrive à dissocier les fibres assez fines. Les cellules conjonctives suivent l'orientation des fibres collagènes et paraissent soit en section transversale sous la forme d'un noyau arrondi avec gros nucléole, soit en section longitudinale sous la forme d'un noyau très allongé contenu dans un protoplasme en fuseau, dont les extrémités se perdent le long des fibres collagènes. L'élément vasculaire aussi riche que dans les préparations précédentes ne présente aucune particularité. Ce qui est nouveau dans cette chéloïde est donc le groupement et l'orientation que l'on peut trouver dans le tissu chéloïdien.

Observation VI. — Kre... Emma, 16 ans (F. 47). Il s'agit ici d'une chéloïde sur lupus. La malade est atteinte d'un grand lupus de l'épaule droite qui a été cureté il y a un an. Actuellement, large cicatrice avec des rebords nettement chéloïdiens, surélevés d'un demi centimètre, plus rouges que la cicatrice centrale (Fig. 15). Biopsie profonde comprenant à la fois de la peau saine, le rebord chéloïdien et du tissu cicatriciel central.

L'aspect de la chéloïde varie quelque peu selon les endroits différents de la pièce que l'on examine. D'abord elle se présente avec une limitation assez nette, isolée comme par une capsule du derme avoisinant (Fig. 16).

Fig. 14.

Observation V. — On constate dans cette chéloïde une certaine orientation de la trame collagène qui est coupée tantôt longitudinalement, tantôt transversalement. Dans la partie gauche de la préparation collagène et fibrocytes sont sectionnés transversalement, tandis que dans la partie droite au contraire, ils s'étalent longitudinalement (grossissement : 550 diamètres).

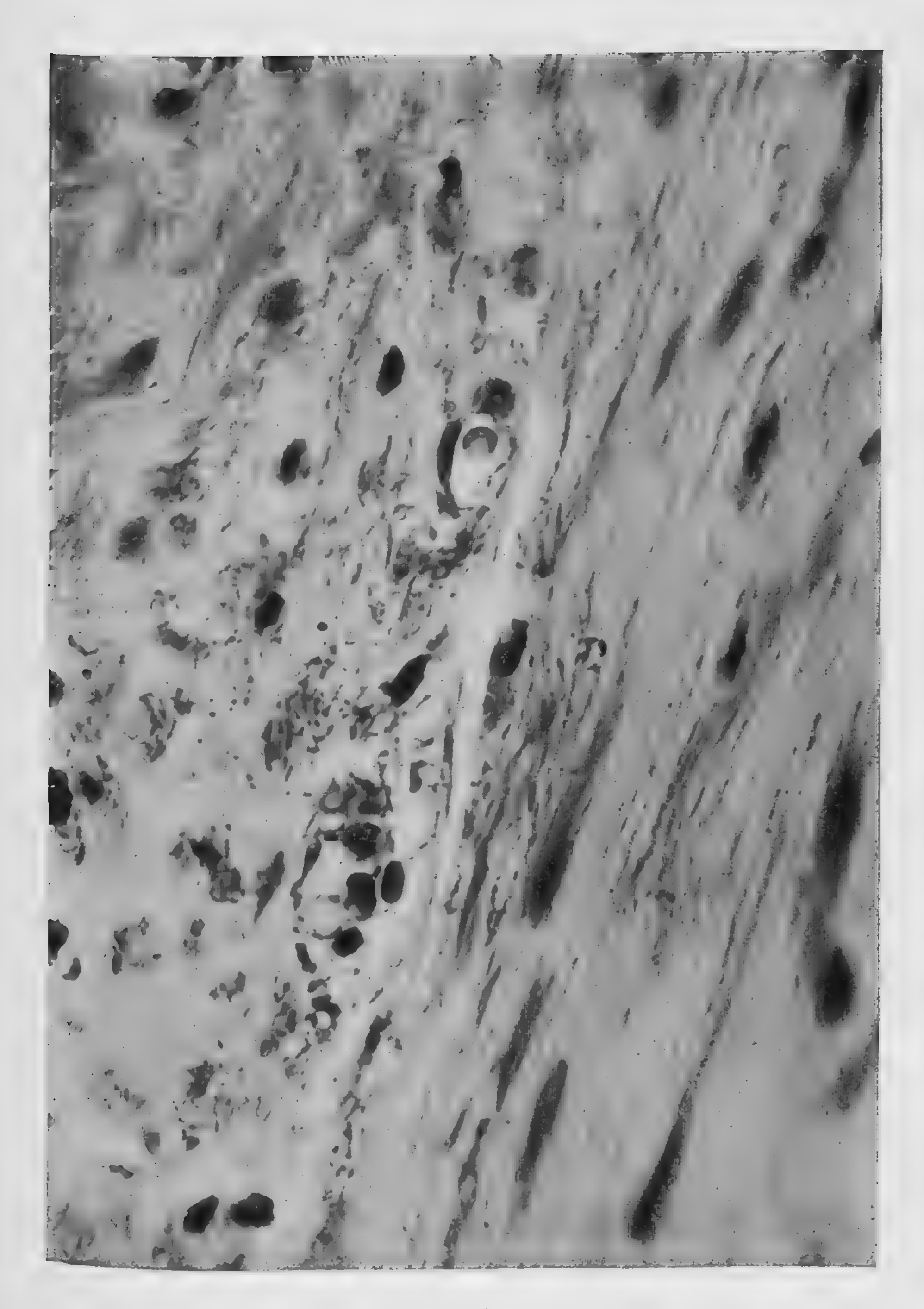


Fig. 14.

A un autre endroit, au contraire, nous avons une limite plus imprécise et ce n'est que la différence de teinte qui nous permet de nous orienter à un faible grossissement. Du côté de l'épiderme, la chéloïde



Fig. 15.

Observation VI. — Chéloïde développée sur un lupus tuberculeux de l'épaule, curetté et datant d'un an.

n'est séparée de lui que par une bande excessivement mince de collagène sous-épithélial qui sans avertissement passerait inaperçue.



Fig. 16.

Observation VI. — Chéloïde sur lupus curetté. Vue d'ensemble de la chéloïde qui occupe le centre de la coupe. A droite, tissu cicatriciel scléreux contenant encore des tubercules lupiques (grossissement : 10 diamètres).

L'épiderme lui-même ne présente pas de modifications notables ; il paraît au contraire épaissi légèrement au-dessus de la chéloïde. Son dessin papillaire existe quoique irrégulier. Un fait particulier mérite d'être mis en évidence. Le fragment prélevé est assez volumineux et comprend en plus de la chéloïde un abondant tissu scléreux qui s'est formé à la suite du curettage, et dans lequel nous trouvons encore quelques tubercules lupiques. Ce tissu scléreux forme un massif épais, emprisonnant encore, de-ci, de-là, en profondeur des îlots de tissu adipeux. Dans l'ensemble de son épaisseur, il équivaut au moins à 4 ou 5 fois l'épaisseur d'un derme normal. Il est assez instructif de comparer ce tissu scléreux avec celui de la chéloïde.

Le tissu chéloïdien se présente ici avec ses caractères habituels que nous avons déjà fait ressortir ; le tissu scléreux par contre est constitué de faisceaux collagènes très denses et étroitement entrelacés, sans laisser de place à une imbibition œdémateuse. Les fibres élastiques sont venues l'habiter, mais elles sont irrégulièrement distribuées, déchirées ou ratatinées. Ce tissu scléreux ne possède que très peu de cellules par comparaison avec la chéloïde ; de plus, ses fibrocytes se présentent avec des petits noyaux irréguliers et hypercolorés et sont loin d'approcher la forme jeune qui fait l'une des caractéristiques des fibrocytes de la chéloïde. Les capillaires sont rares et n'existent que dans le voisinage de l'épiderme ; les quelques vaisseaux qui traversent le massif scléreux sont au contraire munis d'une petite tunique musculaire. Beaucoup d'entre eux présentent de petits manchons inflammatoires à cellules rondes (lymphocytes et plasmocytes). Or, dans cette chéloïde, nous ne trouvons aucune trace d'inflammation ; ajoutons que nous n'avons rencontré nulle part de follicules tuberculeux à l'intérieur du tissu chéloïdien.

Nous voyons par cette juxtaposition que le tissu scléreux cicatriciel est loin de ressembler au tissu chéloïdien dont les caractères nous paraissent assez nettement tranchés.

TABLEAU HISTOLOGIQUE D'ENSEMBLE

La chéloïde au point de vue histologique est donc loin de représenter en réalité ce qu'en disent les traités. En parcourant la bibliographie, nous n'en avons nulle part trouvé de description satisfaisante. Aussi à l'aide de ces six cas allons-nous en tracer un tableau d'ensemble, tel qu'il nous est apparu de façon indiscutable. Nous avons vu en effet que dans nos 6 cas il n'y avait, malgré l'étiologie et l'âge variables, aucune différence appréciable, à quelques détails près.

Macroscopiquement, lors du prélèvement, la section de la chéloïde a une surface blanchâtre et lardacée, un peu brillante, en général bien limitée par rapport aux tissus environnants dont elle se distingue encore par sa consistance plus grande.

Microscopiquement, la chéloïde est facilement reconnaissable à un faible grossissement par le fait qu'elle est toujours moins colorée dans son ensemble que le collagène dermique normal. Elle siège dans le derme moyen dont elle atrophie ou repousse les follicules pilo-sébacés et les glandes sudoripares, et qu'elle distend par son augmentation de volume. Il reste presque toujours du derme normal qui s'interpose entre l'épiderme (qui garde ses caractères normaux le plus souvent) et la chéloïde. Cette bande de derme normal ne comprend pas seulement le derme papillaire, mais encore parfois du collagène plus grossier appartenant au derme moyen. Dans d'autres cas au contraire elle se réduit jusqu'à n'être plus qu'une bandelette fort mince. De même, dans la profondeur, la chéloïde est séparée de l'hypoderme par un collagène normal faisant partie du derme profond. Cette limite est parfois difficile à préciser exactement, mais souvent il y a autour d'elle une condensation de ce collagène dermique normal qui s'oriente comme une sorte de capsule. Dans certains cas, — et ceci est remarquable dans notre observation II qui représente une chéloïde jeune et évolutive — la limitation de la chéloïde fait défaut par places et l'on assiste à un envahissement du derme normal dont les gros faisceaux collagènes sont dissociés par le tissu chéloïdien si particulier, et qui persistent sous forme de gros faisceaux isolés (voir fig. 7). Dans les cas où la chéloïde est bien limitée, elle est souvent parcourue par des faisceaux collagènes dont les particularités structurales et tinctoriales sont celles du collagène normal. Ces faisceaux partent de la formation capsulaire et divisent la chéloïde qui par ce fait peut prendre une apparence de lobulation.

Le tissu chéloïdien lui-même présente un aspect tout à fait particulier comme il ressort de l'étude de nos cas. Alors que l'on se borne en général à dire qu'il s'agit d'un tissu fibreux, scléreux et même hyalin, nous sommes au contraire en présence d'un tissu très délicat et qui paraît rester ainsi indéfiniment même dans les vieilles chéloïdes stationnaires depuis des années, telles que celles de nos observations I et III. La caractéristique du tissu chéloïdien nous paraît reposer sur trois faits principaux.

1° La trame collagène est fine et constituée par des fibres et des faisceaux grêles, souvent déchiquetés. Leur orientation se fait soit irrégulièrement et en tous sens, soit, et ceci assez souvent, elle paraît être plus ou moins commandée par un certain groupement des fibres (voir fig. 14). D'une manière générale cette trame collagène est très lâche, elle paraît dissociée et imbibée diffusément de sérosité. Ajoutons une diminution de l'affinité tinctoriale pour la plupart des colorants du collagène (safran, vert-lumière, bleu d'aniline; la fuchsine picriquée de la coloration de van Gieson ne montre pas ce caractère et le collagène chéloïdien prend la couleur rouge habituelle) et ceci nous explique qu'à de faibles grossissements la chéloïde paraisse plus pâle.

Fig. 17.

Cette préparation montre encore avec une particulière netteté deux des caractères particuliers du tissu chéloïdien : 1° sa structure lâche et œdémateuse ; on remarquera qu'à ce grossissement considérable les fibrilles de collagènes sont séparées par de véritables lacunes gorgées de liquide interstitiel amorphe, ne se colorant pas ; 2° la présence de très nombreux éléments cellulaires, principalement de fibrocytes dont on aperçoit deux au centre de la coupe, se présentant toujours avec les caractères de cellules jeunes, actives et occupant les espaces compris entre les fibrilles de collagène. Ces deux fibrocytes coupés longitudinalement ne sont constitués que par leur noyau pâle, transparent, pauvre en chromatine, limité par une membrane nucléaire et possédant un gros nucléole. On distingue à gauche et vers le bas, en bordure de la coupe un mastocyte qui n'est pas au point (grossissement : 1.100 diamètres).

Fig. 18.

Autre aspect de la même coupe destiné à montrer la distribution des mastocytes qui, beaucoup moins nombreux que les fibrocytes, se rencontrent cependant avec une certaine abondance dans le tissu chéloïdien. On distingue au centre de la préparation deux mastocytes qu'à ce grossissement très fort il est difficile de mettre également au point. Leurs contours sont dessinés par les granulations métachromatiques qui remplissent leur protoplasme et masquent leurs noyaux. Collagène toujours en fines fibrilles grêles et imbibées. On distingue en haut un fibrocyte qui n'est pas au point (grossissement : 1.100 diamètres).

Fig. 19.

Un point d'une chéloïde vue à un fort grossissement, pour montrer l'abondance des capillaires que l'on trouve dans toute l'étendue du tissu chéloïdien. On peut voir ici trois capillaires groupés, à paroi toujours extrêmement mince, constituée par une mince couche endothéliale ; leur calibre est très réduit et ne pourrait laisser passer que deux ou trois globules rouges. Ils sont soutenus par un collagène très grêle et très imbibé de sérosité. Tout autour nombreux fibrocytes coupés transversalement, longitudinalement et obliquement. On voudra bien reconnaître que ce tissu conjonctif très particulier, à fibrilles de collagène très grêles et très minces tout à fait imbibé de liquide interstitiel, riche en fibrocytes jeunes en activité et en innombrables petits capillaires représente un type de tissu conjonctif jeune et évolutif et nullement de tissu condensé et scléreux. Or, cet aspect se retrouve sur des chéloïdes vieilles de plusieurs années (grossissement : 820 diamètres).



Fig. 17.



Fig. 18.



Fig. 19.

Ajoutons encore que le collagène chéloïdien ne présente pas au microscope polarisant la biréfringence légère que l'on constate avec les gros faisceaux du tissu conjonctif normal. Ce fait s'observe particulièrement bien sur des coupes déparaffinées, non colorées, ou sur des coupes à congélation. Alors que le derme normal s'éclaire légèrement avec l'extinction de la lumière par la rotation du nicol, le tissu chéloïdien au contraire reste sombre.

Enfin, il est connu depuis longtemps et nous ne pouvons que le confirmer, que le tissu élastique fait absolument défaut dans la chéloïde et ne se retrouve que dans le derme normal environnant, en particulier dans la petite bande comprise entre l'épiderme et la chéloïde.

Nous avons recherché ce que donnait l'argentation du collagène dans les chéloïdes. Alors que le collagène normal précipite partiellement l'argent, le collagène chéloïdien est absolument réfractaire à cette coloration et manque totalement de « Gitterfasern » dont nous avons signalé l'existence dans les couches sous-épithéliales dans un travail antérieur.

2° La trame collagène que nous venons de décrire est habitée par des cellules en très grand nombre, parmi lesquelles le rôle principal est dévolu aux fibrocytes qui possèdent ici tous les caractères d'une cellule jeune et active (fig. 17). Leur gros noyau rond en coupe transversale, ovale et allongé en coupe longitudinale est pâle et transparent, peu riche en chromatine ; il est limité par une membrane nucléaire et possède souvent un gros nucléole ou deux nucléoles plus petits. Le protoplasme, mal limité, donne à la cellule un aspect le plus souvent fusiforme, parfois rameux, qui s'étale librement dans le tissu environnant.

A côté des fibrocytes, il faut mentionner les mastocytes dont l'abondance permet de les trouver sans difficulté dans tous nos cas avec une coloration à l'érythrosine-orange-bleu de toluidine (fig. 18). Leur noyau est plus petit que celui des cellules conjonctives et beaucoup plus riche en chromatine qui le rend opaque. L'étendue de leurs expansions protoplasmiques est marquée par les granulations métachromatiques caractéristiques. Ces mastocytes n'ont aucun siège de prédilection et sont disséminés dans les mailles de la trame collagène du tissu chéloïdien.

Enfin, dans certains cas (observation III), nous trouvons des

lymphocytes qui, eux aussi, parsèment isolément le tissu chéloïdien. Mais de temps en temps ils se groupent autour des capillaires pour y former de petits amas peu abondants (voir fig. 11).

3° A ce tissu collagène délicat et abondamment habité par des fibrocytes et des mastocytes, il faut ajouter un élément vasculaire très riche. Il s'agit d'un réseau de petits capillaires, toujours de dimensions restreintes, le plus souvent réduits à un simple revêtement endothélial avec de gros noyaux turgescents (fig. 19). Les artérioles et veinules avec paroi plus épaisse sont rares et viennent de la formation capsulaire périphérique en cheminant souvent avec de gros faisceaux de collagène normal.

L'élément nerveux paraît faire défaut dans les chéloïdes. Nous avons recherché si la douleur locale provoquée, si souvent observée en clinique, était due à un emprisonnement de filets nerveux ; mais nous n'avons pu vérifier cette hypothèse. Au contraire, la tumeur chéloïdienne nous paraît repousser le plus souvent tout ce qui ne lui appartient pas en propre. Il est possible que ce soient des filets nerveux ainsi repoussés et comprimés qui deviennent irritables.

Il nous semble en définitive que la chéloïde présente au point de vue histologique assez de particularités pour permettre d'en faire le diagnostic microscopique de façon certaine.

Nous avons vu dans notre observation VI, la différence qui existe entre le tissu chéloïdien et le tissu cicatriciel scléreux qui est dense, pauvre en cellules et en capillaires. Il y a donc entre ces deux aspects une opposition totale sur laquelle nous ne reviendrons plus.

Le tissu cicatriciel jeune ressemble énormément au tissu chéloïdien. La trame collagène y est délicate, riche en cellules conjonctives jeunes et il y a de nombreux capillaires. A n'examiner qu'un seul point de la préparation à un fort grossissement on pourrait s'y tromper. Néanmoins il y a des différences. Le tissu cicatriciel remonte jusqu'à l'épiderme qui garde encore la trace de sa régénération par le fait qu'il est plus ou moins rectiligne. Sur ses bords latéraux, le tissu cicatriciel ne présente aucune limitation du côté du collagène intact. Ce dernier ne possède pas ces gros faisceaux parallèles que nous avons trouvés accolés contre le massif chéloïdien ; au contraire, ce collagène n'est pas repoussé, mais l'orientation générale de ses faisceaux se continue imperceptiblement avec la trame du tissu cicatriciel. Si les vaisseaux et surtout

les capillaires y sont nombreux, ils sont souvent dilatés en lacs et leur orientation rappelle l'éventail vasculaire du bourgeon charnu primitif qui a donné naissance à ce tissu. La chéloïde garde donc ses particularités qui permettent le diagnostic histologique en dehors du secours de l'image clinique.

Il est souvent illusoire de vouloir distinguer histologiquement s'il s'agit d'une chéloïde spontanée ou secondaire. Dans le cas d'une chéloïde consécutive à une cicatrice opératoire, l'état de l'épiderme et du collagène sous-épidermique pourra nous renseigner comme cela a été possible dans notre observation II (voir fig. 7). Mais notre observation IV nous montre au contraire qu'il ne faut pas attacher trop de valeur à ces signes ; dans ce cas, la cicatrice datant de trois ans n'est plus décelable.

Une question se pose maintenant au point de vue classification histopathologique. Faut-il classer la chéloïde parmi les tumeurs hyperplasiques ou parmi les tumeurs néoplasiques bénignes ? Une tumeur néoplasique est définie par un accroissement autonome des cellules devenues fertiles, sans l'intervention d'un processus irritatif apparent. Une tumeur hyperplasique, au contraire, est définie par une prolifération due à une lésion irritative, prolifération qui cessera en même temps que cette dernière.

Au point de vue histologie pure, la chéloïde peut très bien être rangée dans la catégorie des tumeurs néoplasiques bénignes. C'est une prolifération conjonctivo-vasculaire qui repousse autour d'elle les éléments dermiques et se constitue une espèce de capsule. Le plus souvent, toute espèce d'inflammation ou d'irritation fait défaut histologiquement. Mais il y a les notions cliniques qui s'opposent à cette manière de voir. En dehors des cas de chéloïdes en apparence spontanées, il y a toute la série des chéloïdes post-opératoires, et post-inflammatoires qui présument donc une irritation locale occasionnelle. Si la chéloïde récidive après ablation, c'est qu'il ne s'agit peut-être pas d'une vraie récidive, mais c'est le traumatisme opératoire qui conditionne une nouvelle chéloïde comme il pourrait la conditionner chez le même sujet à distance d'une première chéloïde. Il y a donc en plus de l'irritation locale, une prédisposition. Il est vrai que théoriquement pour être certains qu'il s'agit d'un processus hyperplasique, l'irritation locale devrait durer aussi longtemps que l'accroissement de la tumeur. Or, il nous est le plus souvent

impossible de la saisir. Mais n'oublions pas qu'une simple cicatrice est remaniée pendant des mois jusqu'à aboutir à son état stationnaire terminal. Pendant toute cette durée, il y a probablement des phénomènes irritatifs qui provoquent la chéloïde chez des sujets prédisposés.

La chéloïde paraît donc être une tumeur hyperplasique, mais dont les deux facteurs, irritation locale et prédisposition générale, demandent encore à être précisés.

*
* *

La différence absolue qui sépare, au point de vue histologique, la chéloïde de l'acné chéloïdienne de la nuque mérite encore d'être précisée. Nous ne pouvons le faire ici que brièvement, renvoyant pour plus de détails à l'excellente thèse de notre élève et ami Gouin (J. Gouin, *L'acné chéloïdienne de la nuque*. Steinheil, éditeur. Paris, 1911) et à la communication que nous avons consacrée à ce sujet au cours de la séance spéciale de la Réunion Dermatologique de Strasbourg consacrée aux Chéloïdes (mai 1931). Nous nous bornerons à rappeler que l'acné chéloïdienne est une lésion inflammatoire, commandée essentiellement par des folliculites et péri-folliculites très particulières. Au stade initial, dès que se forme le début d'induration fibreuse autour de la folliculite ou sur le versant supérieur « habité » (c'est-à-dire présentant encore des follicules pileux et des folliculites) d'une acné chéloïdienne adulte, en tumeur, en voie de progression, on trouve des lésions de folliculites et de péri-folliculites au stade inflammatoire aigu, avec une abondante infiltration de polynucléaires — en même temps que de nombreux et volumineux granulomes à corps étrangers, se traduisant par des amas d'énormes cellules géantes, qui phagocytent poils, follicules pileux et glandes sébacées. Et déjà encore, à ce stade, on voit apparaître au voisinage de ces lésions des amas plus ou moins importants de plasmocytes; le tout forme un tableau histologique très particulier, permettant un diagnostic histologique certain.

Plus tard, quand l'acné chéloïdienne n'est plus habitée, quand elle a formé le petit nodule fibreux ou la volumineuse tumeur de consistance chéloïdienne, tous les poils ayant disparu et ayant été phagocytés, on ne trouve plus ni folliculites ni granulomes à corps

étrangers. On n'observe plus alors qu'un tissu fibreux, formé par des fibres collagènes denses, tassées, ce bloc de sclérose étant lui-même découpé par de beaux plasmomes purs distribués çà et là.

On ne saurait soutenir qu'entre le tableau histologique de la chéloïde vraie et celui de l'acné chéloïdienne il n'y a peut-être que les différences fournies par l'âge différent d'une seule et même lésion. Toutes les chéloïdes vraies que nous avons étudiées, qu'elles datent de six mois ou de dix ans présentaient l'aspect si particulier que nous avons décrit dans le mémoire. Et toutes les acnés chéloïdiennes présentent au contraire l'aspect tout différent que nous venons de résumer.

La chéloïde est une néo-formation conjonctivo-vasculaire présentant toujours les caractères d'un tissu conjonctif, évolutif, extrêmement riche en cellules conjonctives jeunes, en fibrocytes et en mastocytes, extrêmement riche en petits capillaires, imbibée comme une éponge de liquide interstitiel ; l'acné chéloïdienne après un stade inflammatoire aigu aboutit à un tissu de sclérose découpé par des plasmomes. Aucune confusion n'est possible et l'anatomie pathologique, comme les conditions cliniques, sépare complètement les deux affections qui ne se ressemblent que grossièrement. Dans l'acné chéloïdienne le processus de sclérose n'est pas autonome : il est commandé par les folliculites qu'il suit pas à pas.

*
* *

Pour donner toute sa valeur au tableau histologique de la chéloïde vraie, tel que nous l'avons longuement décrit dans ce mémoire, il convient encore de rappeler ici les recherches sur le calcium que nous avons poursuivies à ce sujet et que l'on trouvera également exposées complètement dans la séance spéciale des chéloïdes. Rappelons simplement que Pautrier et Zorn ont trouvé presque régulièrement (avec la méthode de Hirth, de beaucoup la plus sensible et la plus sûre) une hypercalcémie nette chez les porteurs de chéloïdes. De même, par micro-dosages de tissu chéloïdien ils trouvaient un chiffre de calcium triple ou quadruple de celui que donne le tissu conjonctif normal. Par contre recherchant le calcium dans les coupes de chéloïde par les méthodes colorantes de Mac Callum, de Crétin, de Grandis et Mainini, nous l'y avons décelé en quan-

tités beaucoup plus faibles que dans le collagène normal. Cette discordance paraît tout d'abord déconcertante. Mais après avoir vérifié la valeur des méthodes de dosage chimique et des méthodes colorimétriques on est obligé de reconnaître que la méthode chimique est de beaucoup la plus sûre parce que plus brutale et que détruisant toute la matière organique elle libère sûrement tout le calcium sous quelque forme qu'il se trouve, tandis que les méthodes colorantes ne décèlent vraisemblablement que l'ion calcium libre. On est donc amené à concevoir que dans le tissu chéloïdien le calcium en excès existe vraisemblablement sous la forme dissimulée de combinaisons organiques. Il est particulièrement intéressant de rapprocher la structure spéciale, jeune, évolutive, de la chéloïde, si vascularisée et imbibée de liquide interstitiel, de cette hypercalcémie locale représentée vraisemblablement par une combinaison organique spéciale du calcium. En tout cas cette hypercalcémie oriente immédiatement vers un hyperfonctionnement des parathyroïdes chez les sujets porteurs de chéloïde et l'on conçoit que Leriche, en soulignant toute l'importance de ces résultats, ait proposé d'en tirer la conclusion logique en demandant d'essayer le traitement des chéloïdes par la ligature de l'artère thyroïdienne inférieure, pour détruire physiologiquement une des parathyroïdes.

On voudra bien convenir qu'envisagé sous cet angle physiologique et histo-physiologique, le problème des chéloïdes prend un intérêt considérable. Et si l'anatomie pathologique que nous avons exposée dans ce mémoire et nos premières recherches chimiques ne fournissent pas encore une réponse suffisante au problème de la pathogénie des chéloïdes, elles l'orientent du moins dans une voie toute nouvelle, et dont l'un de nous a déjà souligné l'intérêt : l'étude des troubles de la structure histo-chimique et du métabolisme du tissu conjonctif.

LES SARCOÏDES DE LA LÈPRE

Par le Docteur Joaquim MOTTAT
Libre-docent à la Faculté de Médecine de Rio de Janeiro, Assistant de la Clinique des Maladies cutanées à la même Faculté (Service du Prof. Ed. Rabello), Sous-Inspecteur du service de Prophylaxie de la Lèpre et des Maladies Vénériennes.

Dans plusieurs de nos travaux sur la lèpre nous avons eu l'occasion d'attirer l'attention sur le grand polymorphisme des manifestations cutanées de la maladie et dans un mémoire récemment publié, à propos de la lèpre tuberculoïde, nous nous sommes permis d'avancer que la lèpre peut reproduire les tableaux cliniques de plusieurs tuberculides connues. De cette façon, l'expression « lèpre tuberculoïde », quoique attribuée plus généralement à un aspect simplement histologique, peut aussi se rapporter aux syndromes cliniques variés qu'on a réunis dans le groupe des dermatoses dites « tuberculides ».

La question de la lèpre tuberculoïde a été largement débattue à la troisième Conférence internationale de la Lèpre, réunie à Strasbourg en 1923, mais les discussions se sont presque exclusivement bornées au point de vue histologique de la question et on a envisagé simplement la réaction tissulaire, en étudiant les altérations structurales et sa pathogénie. Nous croyons qu'on peut élargir cette conception et parler ouvertement des « tuberculides lépreuses » et cette proposition nous a paru d'avance justifiable parce qu'on est partout d'accord aujourd'hui pour envisager les affections de ce groupe comme des syndromes anatomo-cliniques en rapport avec la tuberculose, la syphilis et même avec d'autres infections. De plus, si l'on pense à l'intime parenté existant entre la lèpre et la tuberculose et si l'on se rappelle que l'une et l'autre peuvent déterminer la formation des réactions folliculaires, soit des follicules complets, soit des follicules atypiques, tel qu'il est aujourd'hui admis par tous les auteurs, on est en droit d'admettre que la

lèpre, ainsi que sa sœur jumelle, est capable aussi de reproduire tous ou presque tous les tableaux cliniques envisagés. Il faut encore remarquer que le fait est déjà admis, depuis longtemps, pour la syphilis, maladie moins proche de la tuberculose que la lèpre.

Quelques cas déjà enregistrés ont même posé la question dans cette voie. Si d'un côté, nous connaissons des cas de lèpre dans lesquels à une structure franchement tuberculoïde correspondaient des manifestations cliniques banales, des léprides érythémato-pigmentaires dans leur aspect habituel, comme dans le cas classique de Klingmüller et dans d'autres publiés par plusieurs auteurs et par nous même, d'un autre côté, on a signalé des cas dans lesquels la réaction cutanée reproduisait à peu près le type clinique du lupus tuberculeux (cas de Jadassohn), des placards lupoïdes, ou des infiltrats du lupoïde de Boeck (cas de Darier, Pautrier et Boez et plusieurs cas brésiliens, parmi lesquels un a été observé par nous).

Après la Conférence de Strasbourg ont été publiés quelques cas très démonstratifs pour le point de vue auquel nous nous sommes placés. Il faut attirer l'attention sur ces cas parce qu'ils sont peu connus quoiqu'en rapport avec des faits très importants. Nous voulons parler d'un cas par Tschernogubow et Pawlow et d'un autre enregistré, chez nous, par le Prof. Ed. Rabello. Dans le premier cas le malade avait fait un « lichen scrofulosorum » ; l'examen histologique montrait des infiltrats péripilaires et on a trouvé des bacilles de Hansen dans les coupes. Dans le deuxième la lépride reproduisait tout à fait l'aspect du « granulome annulaire » et la structure de la lésion était tuberculoïde au plus haut degré.

Nous avons ainsi, tout au moins, trois ou quatre types de tuberculide réalisés par la lèpre et il est donc permis de croire que cette maladie est capable de provoquer aussi les tuberculides papulo-nécrotiques, les sarcoïdes hypodermiques de Darier-Roussy, les sarcoïdes noueuses disséminées, l'érythème induré de Bazin, etc.

Nous avons déjà, il y a deux ans, publié des cas de lèpre dans lesquels on pouvait constater le tableau clinique des sarcoïdes hypodermiques et de l'érythème induré, mais dans ces cas-là nous n'avons pas pu, malheureusement, fixer les caractères typiques du syndrome anatomo-clinique, ce qui était indispensable, puisque les

lépromes hypodermiques, à structure lépreuse banale, simulent quelquefois à s'y méprendre les sarcoïdes hypodermiques.

Récemment nous avons eu la chance d'observer un autre cas dans lequel nous avons pu étudier l'éruption du point de vue clinique et aussi du point de vue histologique et expérimental. Après ce cas nous pouvons établir, avec certitude, que la lèpre, ainsi que la tuberculose et la syphilis, peut être le facteur étiologique des « sarcoïdes noueuses disséminées », puisque notre malade présentait des lésions cliniquement typiques à côté d'altérations histologiques folliculaires, comme on peut s'en renseigner par le bref récit de l'observation suivante :

A. C..., jeune fille de douze ans, de race blanche, brésilienne, est née, de parents italiens, dans l'État de Minas Geraes, où l'endémicité de la lèpre est assez élevée. Ses parents sont bien portants, mais la malade a vécu longtemps avec sa sœur aînée, qui était lépreuse et qui est décédée il y a deux ans. A cette époque notre malade présentait déjà deux taches érythémateuses sur un des bras et sur une des jambes, ainsi qu'une rhinite. Ces taches ont disparu en quelques semaines, mais, dès cette époque, la malade présente souvent des poussées fébriles toujours suivies d'une éruption de nodules dermo-épidermiques nombreux, de grandeur variable, rouges, douloureux, qui s'effacent complètement en quelques semaines, en laissant seulement des taches diffuses, légèrement violacées et aussi, dans quelques endroits, des taches achromiques, celles-ci présentant une évidente hypoesthésie. A la fin de l'année dernière, la malade a été frappée par une nouvelle poussée fébrile, cette fois plus intense et de plus longue durée, pendant laquelle surviennent des nodules plus profonds, dont le développement a été insidieux et qui encore aujourd'hui n'ont subi aucun changement.

Lors de notre premier examen, la malade avait eu quelques jours auparavant une autre poussée fébrile et présentait encore des nodules superficiels, de caractère aigu, qui ressemblaient tout à fait à un érythème noueux. Ces nodules, survenant toujours après chaque poussée, s'effaçaient après quelques jours ; ils étaient dermo-épidermiques rouges, saillants, douloureux, de la grosseur d'une noisette ou même d'une noix. A leur niveau il y avait de l'hyperesthésie. L'éruption de ce type qu'on rencontre souvent, et qui marque d'habitude les poussées aiguës de la lèpre, est bien connue, et la ressemblance de ces lépromes avec l'érythème noueux a été depuis longtemps signalée par plusieurs auteurs, parmi lesquels Hallopeau, Grandchamp et Lebœuf. Nous l'avons aussi maintes fois observée, mais nous croyons, après le cas publié par Nicolas, Gaté et Ravault, qu'il ne s'agit pas toujours de vrais lépromes, mais souvent d'un érythème banal, causé, peut-être,



Fig. 1.

par les produits de sécrétion du bacille de Hansen. Dans un cas, publié par nous, le malade, qui ne présentait que de petits symptômes de la maladie, avait fait un érythème polymorphe de type érythémato-papuleux, survenu après une poussée fébrile ; les lésions présentaient une structure banale ; on n'a pas trouvé le bacille dans les tissus, mais la recherche bactériologique a été positive dans le suc ganglionnaire.

A côté des nodules superficiels, que nous venons de décrire, la malade présentait encore des nodosités plus profondes, dont nous avons déjà signalé la formation insidieuse. Ces nouures elles aussi étaient multiples, quoique moins nombreuses, et disséminées à peu près symétriquement, sur la face d'extension des membres, sur le dos et sur les flancs. Elles étaient au nombre d'une douzaine et leur volume atteignait pour la plupart, celui d'une cerise ; quelques-unes, plus importantes, atteignaient le volume d'une grosse noix. Ces néoformations avaient une allure tout à fait chronique ; elles étaient indolentes et adhéraient parfois à la peau, qui, légèrement soulevée, se montrait de couleur brunâtre ou violacée. Un examen attentif nous a permis de déceler une légère hypoesthésie au niveau de ces nouures.

Excepté ces symptômes et particulièrement quelques taches achromiques hypoesthésiques disséminées, reliquats des lésions aiguës, ainsi qu'une rhinite inconstante, la malade ne présentait aucune autre manifestation de la lèpre.

Malgré cet aspect atypique, nous avons porté tout d'abord le diagnostic de lèpre, et regardé les néoformations hypodermiques comme des « sarcoïdes noueuses disséminées ». Pour mieux fixer le diagnostic, nous avons entrepris de nombreuses recherches pour déceler le bacille de Hansen. Nous l'avons cherché à plusieurs reprises, dans le mucus nasal, mais toutes ces recherches ont été négatives, même après administration d'iodure de potassium. Nous avons pratiqué deux fois la ponction des ganglions inguinaux sans trouver le bacille dans le suc ganglionnaire. Dans les frottis des fragments de peau excisés au niveau des lésions cutanées, les bacilles n'ont pu de même être décelés. La recherche dans le sang, par la méthode de Crow et Rives, a été négative, ainsi que les réactions de Rubino et de Bordet-Wassermann.

Une enquête faite dans l'entourage de la malade nous a permis de découvrir la lèpre chez sa sœur cadette ; celle-ci présentait des lépromes typiques des oreilles, avec de nombreux bacilles dans le mucus nasal. Notre malade même avait été examinée, deux ans auparavant, à l'Institut Oswaldo Cruz, où l'on avait trouvé des bacilles dans le mucus.

A l'égard des nouures hypodermiques, nous avons réussi à vérifier leur structure tuberculoïde, avec des lésions de « wucheratrophie », telles qu'on en rencontre dans les sarcoïdes noueuses disséminées. Notre distingué collaborateur, le D[r] H. Portugal, qui a été chargé de l'étude histologique des coupes, nous a fourni une minutieuse description des altérations constatées : « L'épiderme est normal. Le corps papillaire et la partie superficielle du chorion ne présentent pas d'altérations remar-

quables. Les lésions se trouvent dans les couches profondes du derme et dans le tissu adipeux sous-cutané et consistent en des foyers d'infiltrations cellulaires et en des lésions vasculaires. Pour une plus grande clarté de la description, il faut regarder *de per si* chacune de ces lésions, quoique rencontrées dans un même endroit de la coupe.

1° Foyer d'infiltration cellulaire dans la partie profonde du derme. Ces foyers de grandeur et forme variables sont localisés autour des vaisseaux, des follicules pileux et des glandes sudoripares ; ils ont toujours une distribution nettement péri-vasculaire, même quand ils siègent à côté des glandes ou des poils.

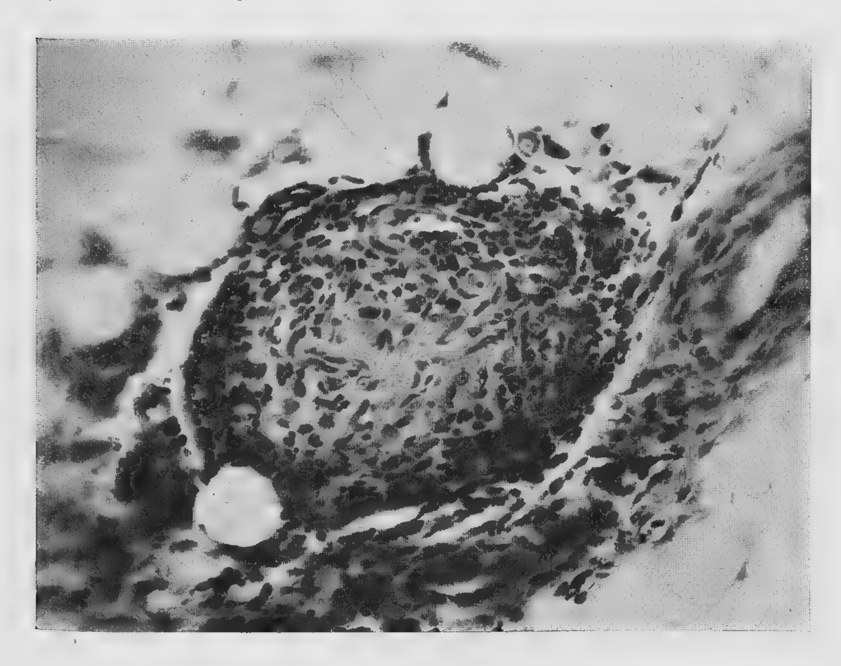


Fig. 2.

Ces foyers sont constitués par des lymphocytes, des fibroblastes, des plasmocytes et par des éosinophiles en proportion variable. On remarque presque toujours une certaine prédominance des lymphocytes ; les éosinophiles, au contraire, très abondants dans certains endroits, manquent totalement en d'autres points. Parmi ces éléments, on voit encore, quelquefois, des grandes cellules à forme irrégulière, possédant un ou plusieurs noyaux, rarement intacts, et dont le cytoplasme est vacuolé. Ces éléments ressemblent beaucoup à des cellules lépreuses, mais on n'a pas réussi à déceler de bacilles de Hansen.

2° Vaisseaux. — Presque tous les vaisseaux de la couche profonde

du derme sont lésés. On constate un épaississement des trois tuniques vasculaires, surtout de la tunique interne. On a pu même voir dans un grand vaisseau une endo-vascularite oblitérante. Dans une certaine partie de la coupe le tissu adipeux est envahi et remplacé par les éléments de l'infiltration que nous venons de décrire (« Wucheratrophie »). On a trouvé aussi un nodule nettement tuberculoïde constitué par des cellules épithélioïdes au centre, et par des lymphocytes dans la périphérie.

Il nous faudrait encore écarter la syphilis et la tuberculose, infections qui, le plus souvent peuvent réaliser les sarcoïdes, considérés aujourd'hui plus généralement comme un syndrome à étiologie multiple.

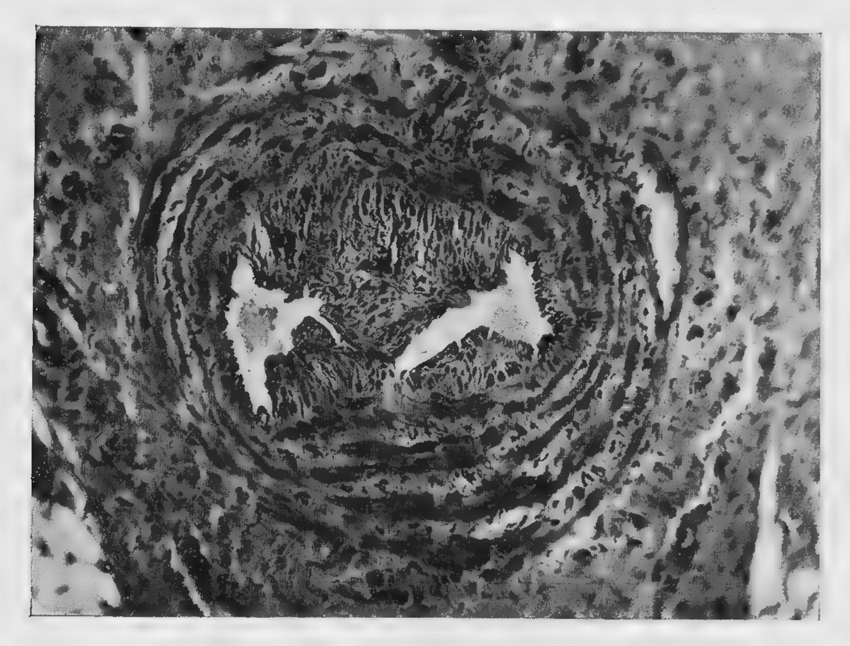


Fig. 3.

La malade ne présentait aucun signe de syphilis héréditaire et l'examen des parents ne nous a permis de déceler aucun symptôme de syphilis. La réaction de Bordet-Wassermann a été négative.

Pour écarter la tuberculose, dont aucun cas n'a été signalé dans la famille, nous avons pratiqué l'intradermo-réaction selon la technique conseillée dernièrement par Jadassohn et la solution même la plus forte n'a déterminé aucune réaction locale, générale ou focale.

Le Dr Olympio da Fonseca, de l'Institut Oswaldo Cruz, a bien voulu se charger de faire des inoculations aux cobayes et il a suivi la méthode

exposée récemment par Paisseau, Valtis et Saenz pour se mettre à l'abri des doutes au regard de l'ultra-virus tuberculeux, qui peut-être viendra éclairer les fréquents échecs des inoculations pratiquées en vue d'établir la nature réelle des sarcoïdes hypodermiques. Malgré les soins recommandés par ces auteurs, il n'a pas réussi, après plusieurs passages, à tuberculiser l'animal.

Nous croyons donc que dans ce cas il s'agissait bien de « sarcoïdes noueuses disséminées », d'après la représentation clinique des lésions et d'après les altérations histologiques constatées. Nous croyons aussi que dans ce cas les sarcoïdes étaient en relation avec la lèpre, malgré la recherche négative du bacille de Hansen dans les coupes parce qu'on a pu écarter les deux infections plus généralement en cause : la tuberculose et la syphilis. Au surplus, on doit prendre en considération que dans les cas de lèpre tuberculoïde les lésions sont très pauvres en germes et on ne trouve presque jamais dans les coupes les bacilles de Hansen.

D'après ce cas nous pensons enfin pouvoir établir que les « sarcoïdes noueuses disséminées », quoique le plus souvent rattachées à la tuberculose ou à la syphilis, peuvent être réalisées par la lèpre, maladie qui doit être prise en considération quand on étudie la nature des syndromes classés aujourd'hui dans le groupe des tuberculides.

DE LA TRÉPONÉMATOSE
EN MARGE DES RAPPORTS DU PIAN ET DE LA SYPHILIS (1)

Par le Dr C. S. BUTLER du corps médical de la Marine des Etats-Unis.

Dans son remarquable ouvrage intitulé *Traité Pratique des Maladies Vénériennes*, publié en 1858, Philippe Ricord (1799-1889), distingué médecin français, a détruit une erreur qui fut soutenue par les médecins pendant 366 ans. Celle d'après laquelle il n'existait qu'une seule et unique maladie vénérienne. Pour perpétuer pareille erreur personne n'a joué de rôle plus considérable que Jean Astruc (1684-1756), autre médecin français dont l'ouvrage sur la « Maladie Vénérienne », traduit en anglais en 1737, fut considéré comme l'œuvre essentielle en cette matière pendant plus de cent ans.

En première page de son livre Ricord fidèle à l'usage qui prêtait un certain charme à plus d'un ouvrage de médecine du XVIIIe et du XIXe siècles et consistait à citer un passage, un vers ou une pensée d'un auteur comme épigraphe ou en manière d'introduction, cite la pensée suivante de son contemporain Cuvier (1769-1832), tirée de la dissertation « Opinion sur les théories en général ».

« Il ne faut jamais travailler dans le but de soutenir une théorie, parce qu'alors l'esprit se prévient et n'aperçoit plus que les choses par lesquelles sont confirmées les opinions qu'il s'est faites d'avance. Notre seul but doit être la découverte de la vérité ».

La tenacité avec laquelle les médecins s'attachèrent à l'hypothèse

(1) Cet article, originellement en anglais, a été traduit en français par la bonté de mon collègue, le Docteur Camille l'Hérisson, de Port-au-Prince, Haïti, auquel je suis très obligé pour ses services et à qui je désire exprimer mes remerciements.

d'une maladie vénérienne unique, n'est surpassée que par leur détermination à soutenir aujourd'hui le principe que le Pian diffère de la Syphilis. Il y a toutefois ceci à noter : dans le premier cas il fut pendant des années impossible, pour des hommes de la valeur de John Hunter, de reconnaître la différence existant entre deux affections aussi distinctes que la blennorragie et la syphilis, dans le second cas les autorités en matière de médecine tropicale dénommeront *Pian* une affection se montrant chez un indigène de Ceylan ou de Luçon, quand un groupe de symptômes semblables sera diagnostiqué *Syphilis* à Londres ou à Baltimore. Il y avait, semble-t-il, autrefois trop peu d'éléments permettant de différencier la blennorragie de la syphilis et aujourd'hui il y a trop de facteurs pour permettre une différenciation entre la syphilis et le pian. Pendant des années, une grande source de réflexions pour l'auteur a été de rechercher la cause de la divergence d'opinions qui existe sur la matière entre des hommes de science instruits et possédant d'aussi belles maximes que celle de Cuvier citée par Ricord. A moins que les adversaires des vues ici exprimées n'accusent l'auteur d'essayer de convaincre l'univers que lui seul est dans la vérité et tous les autres dans l'erreur, nous nous empressons de rappeler trois faits à nos lecteurs : 1° Quand le syndrome pianique sortit de l'obscurité, il fut différencié de la syphilis du point de vue symptomatique, argument absolument insuffisant. L'esprit scientifique devait réclamer la preuve de leurs assertions à ceux qui préconisaient que le pian constitue une entité clinique propre. 2° L'idée unitaire n'est point la pensée originale de l'auteur, mais trente années d'expérience lui ont permis de la vérifier. Quelques-unes des grandes figures médicales des trois derniers siècles ont soutenu et brillamment défendu l'hypothèse de l'unité du Pian et de la Syphilis. 3° Toutes les récentes découvertes bactériologiques, immunologiques et histopathologiques faites dans les quarante dernières années, depuis que ces différentes branches se sont développées au point de constituer des connaissances fondamentales, toutes ont finalement démontré le fondement de la notion d'unité.

Classer les multiples raisons de l'attitude anti-scientifique de ceux qui combattent ce principe unitaire constituerait une tâche plus ardue que celle entreprise ici, mais quelques-unes des principales causes et quelques exemples seront énumérés dans les lignes suivantes :

1° La citation d'articles préparés par des écrivains amateurs sur le pian, a donné à leurs opinions le poids de l'autorité. Le Dr G. Baermann dans son article sur le Pian contenu dans le *Manuel des Micro-organismes pathogènes* par Kolle, Kraus et Uhlenhuth, 1930, Volume 7, page 337, dit : « La première référence indiscutablement est d'origine américaine ». Oviedo y Valdez (1475-1478) décrit le Pian dans son *Histoire générale et naturelle des Indes.*

Oviedo y Valdez (1478-1557) publia sous la forme d'un résumé en 1526 son *Histoire Générale et Naturelle.* Ceci avant la création du mot Syphilis (1530). Son ouvrage fut réimprimé vers 1851-55. Ce qu'il dit est reproduit dans les lignes suivantes :

TEXTE ESPAGNOL

Muchas veces en Italia me reia oyendo a los Italianos decir el « Mal frances », y a los Franceses llarmarle el « Mal de Nápoles »; y en la verdad los unos y los otros le certáran el nombre, si le dixeran el « Mal de las Indias ». Y que esto sea asi la verdad, entenderse há por este capitulo y por la experiencia grande que ya se tiene del palo sancto y del gayacan, con que especialmente esta terrible enfermedad de las *buas* mejor que con ninguna otra medicine se cura é guarasce; porque es tanta la clemencia divina, que adonde quiera que permite por nuestras culpas nuestros trabajos, alli a par dellos quiere que esten los remedios con su misericordia. Destos dos arboles se dirá en el libro X, Cap. 2, agora sépase como estas buas fueron con las muestras del oro destas Indias, deste aquesta Isla de Hayti ó Española.

TRADUCTION FRANÇAISE

Souvent en Italie je m'amusais à écouter les Italiens parler du « Mal français », et les Français discuter du « Mal Napolitain » ; quand en réalité chacun l'aurait correctement dénommé en l'appelant le « Mal des Indes ». Ceci étant la vérité, nous décrirons dans ce chapitre l'expérience que nous avons eue avec l'arbre sacré et le Gaiac avec lesquels cette terrible maladie pustuleuse est guérie ou améliorée plus complètement que par aucun autre moyen médicinal.

Si grande est la clémence divine que chaque fois que la nature permet, par nos péchés, à la maladie de se développer, Dieu dans sa miséricorde nous en dispense le remède.

Nous parlerons de ces deux plantes dans le livre X, Chap. 2. Nous décrirons maintenant comment par la soif de l'or de ces Indes cette maladie pustuleuse nous fut apportée d'Haïti ou Hispaniola.

Baermann prend par simple supposition le mot *Buas* pour *Bubas* ou Pian, alors qu'en fait Oviedo parlait de ce que nous appelons Syphilis et ainsi essayait de montrer la fausse hypothèse de l'origine haïtienne de la syphilis. Oviedo y Valdez n'était point médecin et tout son ouvrage est basé sur des racontars. Le Dr Baermann dans

la référence citée plus haut accorde son crédit à l'opinion d'un simple particulier, le cite à propos d'un pays qui n'était point encore découvert. Beaucoup plus, il fait croire qu'Oviedo se référait à une maladie dont les médecins de l'époque ne savaient absolument rien. Le passage du livre d'Oviedo cité plus haut a été choisi parce qu'il constitue un argument en faveur de ceux qui préconisent l'origine américaine de la syphilis et en faveur de ceux qui voudraient voir dans le Pian une entité différente de la Syphilis. Cela donne une juste idée de la valeur des articles publiés sur le Pian, car c'est le cas plus que jamais de voir comment l'on copie l'opinion d'autrui sans même prendre la peine de consulter l'article original. Ainsi se transmettent les fantaisies du professeur à l'étudiant et d'un livre à un autre.

2° La tendance des auteurs de précis ou de manuels de médecine tropicale est de se fonder seulement sur l'expérimentation animale pour exprimer leur conclusion plutôt que de considérer les études épidémiologiques sur l'homme qui est porteur du virus. Aux pages 1310 et 1311 du volume 2 sur la « Pratique de la Médecine sous les tropiques », édité par Byam et Archibald (1922), Castellani et Chalmers répètent sous sa forme originale l'opinion exprimée dans les trois premières éditions de leur Manuel, ils expriment leurs vues sur la spécificité du *Treponema pertenue* dans la phrase suivante. « On peut conclure que le Spironema (Treponema) pertenue, Castellani 1905, en est l'agent causal, on pourrait peut-être croire que ce virus n'est qu'une variété du Spironema pallidum, le contraire est démontré par les expériences suivantes : 1) Les singes inoculés d'une façon satisfaisante avec le Pian ne sont pas immunisés contre la syphilis et vice versa. Malgré que d'après Levaditi les singes immunisés contre la syphilis développent une immunité partielle contre le pian.

2) Les singes de l'espèce Pithecus philippinensis I. Geoffroy, 1841, d'après Ashburn et Craig sont sensibles au Pian après une période d'incubation de vingt jours mais ne sont pas sensibles à la syphilis.

3) Le Salvarsan a une valeur curative plus spécifique dans le Pian que dans la Syphilis, alors que le mercure n'a aucune action dans le Pian.

4) Les syphilitiques peuvent contracter aisément le Pian et vice

versa. Nous pouvons donc conclure que le Spironema pertenue est l'agent causal du Pian et est spécifiquement différent de l'agent causal de la Syphilis ».

Les travaux de Schöbl et d'autres aux Iles Philippines de 1926 à 1930 ont montré l'inexactitude des points 1 et 2 soulevés par Castellani et Chalmers en prouvant qu'il existe une immunité réciproque et définie chez l'homme et démontrée par les recherches épidémiologiques effectuées à l'Ile de Guam et dans d'autres localités. Ces observations épidémiologiques sont basées sur l'étude de milliers d'individus (la population de Guam est de 17.000 âmes). Alors que les recherches de laboratoire ne sont basées que sur un groupe minime de singes.

Le troisième point qui se rapporte à la valeur spécifique du Salvarsan peut être exclu pour la simple raison que jamais deux cas de syphilis ne réagissent de la même façon sous l'influence du Salvarsan. Nous ne sommes point de ce fait justifiés à conclure que le Salvarsan est plus spécifique pour un cas de Syphilis que pour un autre. Quant à l'inefficacité du mercure sur le pian, nous croyons cette opinion erronée. Le mercure a le même effet sur le pian que sur la syphilis pustuleuse.

Le quatrième point de ce parallèle peut être expliqué de la façon suivante. Avant le développement de l'immunité chez le syphilitique il peut être réinoculé avec succès avec le *Treponema pallidum*. Après traitement, considérant le cas où l'immunité ne s'était pas établie, il peut être également réinfecté. La même chose est vraie pour les animaux inoculés avec le Pian. De la sorte nous pouvons dire qu'avant le développement d'une immunité spécifique, les syphilitiques peuvent être surinfectés avec le *Treponema pallidum* et les pianiques avec le *Treponema pertenue*. Considérant l'immunité croisée démontrée par Schöbl, la conclusion logique de cette discussion est que les deux termes Pian et Syphilis sont synonymes.

3° Le fait est que ceux qui écrivent sur le pian répètent certaines opinions sans les reviser d'après les récentes découvertes. Par conséquent beaucoup de ces opinions sont fausses. Les auteurs cités plus haut par exemple à la page 1308, donnent en partie la définition suivante du Pian : « Une infection spécifique et contagieuse d'origine tropicale causée par le Spironema pertenue Castellani 1905 et caractérisée par une lésion primaire ou framboesema (maman pian)

qui est *toujours* extra-génitale. A la page 1317, ils disent que de « petits granulomes peuvent se former sur la muqueuse vaginale ». Le nombre insignifiant des lésions génitales dans le Pian s'explique par le fait que le Pian s'acquiert généralement pendant l'enfance et de cette façon, quand l'enfant acquiert l'âge de la puberté la maladie n'est plus aussi contagieuse que dans les périodes primaire et secondaires, la tendance toutefois des lésions tréponémateuses d'affecter les organes génitaux même quand la maladie n'est point initialement vénérienne est bien connue et l'insinuation des auteurs que le virus n'existerait point dans les organes génitaux alors qu'une inoculation y serait pratiquée est sans fondement. Bien peu d'investigateurs ont pratiqué l'examen des organes génitaux des femmes indigènes dans les régions où le pian existe à l'état endémique. Les travaux récents suffiraient à convaincre les plus sceptiques que les lésions génitales sont plus communes qu'on ne le pense. Consulter : « A clinical Modification of Yaws observed in Patients living in Mountain Districts ». Une modification clinique du pian observée chez des malades habitant des régions montagneuses, par Lopez-Rizal et Sellards, *Phil. Jour. of Science*, Vol. 30, n° 4, août 1926, et « Yaws lesions on Mucous Membranes and a Report of two cases of genital Manifestations of Framboesia Tropica ; An Instance of genital transmission of Yaws » Lésions muqueuses du Pian, observation de deux cas de manifestations génitales du Pian, un cas de transmission génitale du Pian, par Isao Miyao, *Phil. Jour. of Sc.*, vol. 41, n° 1, janv. 1930.

A la page 1309, après avoir noté que la maladie est toujours tropicale et déclaré sans preuves qu'elle est d'origine américaine, Castellani et Chalmers poursuivent leurs considérations sur la distribution géographique du pian. « Il faut se rappeler que la découverte de l'Amérique fut suivie d'une série de voyages dans toutes les directions, et nous ne devons point être surpris de voir que Bontius en 1718 ait trouvé la maladie à l'état endémique à Java, Sumatra et en d'autres colonies Hollandaises et aux Indes Orientales ». Ceci eut lieu 200 ans après l'importation des premiers esclaves africains à Hispaniola (Haïti). Soixante ans après que Sydenham eut signalé que le Pian était importé d'Afrique dans les Antilles. Et ce qu'il y a de mieux ils ne considèrent point les faits historiques indéniables d'après lesquels les Portugais avaient exploré les Côtes

Ouest d'Afrique depuis 1442, que Vasco de Gama avait franchi le Cap de Bonne Espérance en 1497 et qu'il établit un atelier d'esclaves au Mozambique, Est africain, en 1503 et qu'il fut nommé Vice-Roi des Indes en 1524. Considérant une nouvelle fois la situation existant à l'île de Guam nous pouvons parfaitement nous demander où cette population isolée a pu acquérir le Pian? Castellani nous rappelle la rareté du Pian chez les blancs. Il serait plus juste de dire que les blancs considèrent la maladie comme une entité différente. Ce serait plus judicieux de dire que depuis le jour où en 1521 Magellan y fit escale avec ses trois navires jusqu'au temps présent, l'Ile de Guam a été régulièrement soumise à l'importation de la Syphilis, parce que pendant 250 ans cette petite communauté a été le port de relâche des aventuriers de tout le Pacifique. Considérant l'endémicité, l'absence de traitement convenable et la malpropreté des Indigènes il faudrait conclure avec une certitude mathématique que tous devraient être atteints. Et nous aurions de cette façon une exacte idée de ce qu'y trouvèrent les Médecins Américains, quand on prit possession de Guam en 1899. Ce fut une réplique de ce qu'Astruc et d'autres ont décrit sous la forme d'épidémie de syphilis au xve siècle.

Après avoir décrit une affection qui dans ses moindres détails y compris les différentes formes d'éruptions et dans son « habitus » n'est qu'une exacte copie de la syphilis, à la page 1321 de l'ouvrage cité Castellani et Chalmers disent : « La plus importante *complication* de la maladie est la syphilis qui peut se développer à n'importe quel stade du Pian. En réalité, d'après les observateurs, les symptômes quaternaires ne seraient que les séquelles d'une infection syphilitique ». Des travaux récents ont prouvé l'improbabilité d'une pareille supposition.

Dans une discussion sur cette matière publiée dans la section de Médecine Tropicale du *British Medical Journal* du 1er septembre 1900, Sir Jonathan Hutchinson eut un argument avec plusieurs experts en Médecine tropicale à propos d'un cas de pian chez un jeune blanc. Un Anglais contracta la maladie sur la côte ouest d'Afrique. Les autres qui participèrent à la discussion furent Docteurs E. Davies, Patrick Manson, D. C. Reese, superintendant de l'Ecole de Médecine Tropicale de Londres et Kenneth Mac Leod. En résumé, tous ceux-là qui sont mentionnés prirent position contre

les vues d'Hutchinson, qu'il exprima clairement et d'une façon convaincante ; il dit à peu près ceci, que celui qui avait attrapé le Pian en Afrique l'apportait en Angleterre sous forme de syphilis et que cette syphilis immunisait contre le pian.

Il est plus que probable que Sir Joathan Hutchinson s'y connaissait autant que n'importe qui de son époque sur les manifestations de la syphilis. En discutant le cas signalé, le Docteur Mac Leod fit la remarque suivante : « Lorsque les microbes causant la syphilis et le pian seront connus et identifiés comme identiques ou distincts, la question soulevée par le Docteur Hutchinson sera définitivement réglée, mais en attendant son point de vue reste absolument discutable ». Ceci se passait cinq ans avant la découverte du Spirochète de la Syphilis et un peu plus longtemps avant la description par Castellani d'un micro-organisme présentant une morphologie semblable qu'il considéra comme cause du Pian. En plus de ces découvertes, un grand nombre de travaux sur l'immunité et ses conditions se sont accumulés. C'est notre conviction personnelle que toutes ces nouvelles contributions, malgré la prédiction du Docteur Mac Leod, n'ont eu que peu ou point d'influence sur les opinions courantes à ce sujet. La vérité exprimée dans la pensée de Cuvier se montre ici dans sa réalisation, quand un auteur se réclame comme l'auteur de certaines découvertes et de certaines opinions alors même qu'elles n'aient point été prouvées, il lui est difficile de voir d'autres lumières.

En présence du fait que des cliniciens de l'autorité de Sydenham, John Huxham, William Buchan, Sir Jonathan Hutchinson et E. Lancereaux ont soutenu et défendu les vues exprimées plus haut et considérant la difficulté rencontrée par les investigateurs à prouver par le Laboratoire leur théorie et en considérant l'importance médicale du problème en question, il demeure évident que les médecins devraient y accorder une plus sérieuse attention.

N. B. Les mots soulignés dans le texte, le sont par l'auteur.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en juillet 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Chancre syphilitique de l'ombilic, par P. Blum et A. Metzger. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 7, juillet 1931, p. 503.

Lésion ulcéreuse et végétante du sillon ombilical ; à sa surface externe, érosion large de 1 centimètre environ, suintante, non douloureuse, dans la sérosité de laquelle on trouve des spirochètes. L'affection durait depuis un mois et demi, la séro-réaction était positive. Le mode de contamination n'a pu être établi. H. Rabeau.

Syphilides pemphigoïdes plantaires secondaires, par Houloussi Behdjet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 7, juillet 1931, p. 501.

Observation d'un homme qui présentait une éruption secondaire généralisée, avec éléments bulleux pemphigoïdes rosés dans la sérosité desquels on trouve des spirochètes. H. Rabeau.

Etonnante aggravation d'un tabès incipiens avec liquide céphalo-rachidien restant négatif à la suite de traitement combiné (spécifique et malaria), par Welti. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 7, juillet 1931, p. 495.

Femme de 45 ans ; conjoint sain en apparence, une fille de 20 ans, un garçon de 15 ans en bonne santé. Elle a eu trois fausses couches de 1 à 2 mois, la première 18 ans, la deuxième 7, la troisième 3 ans auparavant. Des douleurs d'estomac, du manque d'appétit l'amènent à l'hôpital. Bordet-Wassermann du sang positif, mais tous réflexes normaux, liquide céphalo-rachidien normal. On suppose une origine syphilitique des douleurs gastriques. Inoculation du paludisme, et traitement arsenical. Après les crises de paludisme on constata des réflexes plus vifs, et une semaine plus tard signe de Romberg. On fait le diagnostic de tabès à ses débuts. Les réactions du liquide céphalo-rachidien sont toujours négatives. Un second traitement combiné est institué (6 gr. 9 d'arsénobenzène, et 20 injections d'Oléo-Bi). Mais l'état s'aggrave et un an après la malade présentait un tabès typique : réflexes achilléens presque abolis, rotulien accentué, signe de Romberg, hypoesthésie des deux jambes, hyperalgésie de la jambe droite, inégalité des pupilles. Les réactions du liquide céphalo-rachidien restent négatives, celles du sérum positives. H. Rabeau.

A propos d'une réaction colorée mise en évidence dans les urines au cours des traitements par les bismuths solubles, par A. Meyer et I. Jeannin. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 7, juillet 1931, p. 491.

Les urines des malades ayant reçu des injections de campho-carbonates lipo-solubles de bismuth traitées par le nitro-prussiate de soude en *milieu alcalin* donnent une réaction colorée, rouge bordeaux (réaction de Legal). Elle est liée à la présence de l'acide glycorunique dans ces urines, présence satellite de l'élimination du radical camphré des sels de bismuth solubles. Cette élimination est tout à fait parallèle à celle du bismuth lui-même. Elle a pu être constatée trois semaines environ après l'injection de campho-carbonate de bismuth. La réaction de Legal pourrait servir à suivre l'élimination de sels lipo-solubles, tels que le campho-carbonate de bismuth. H. Rabeau.

La sédimentation des hématies dans la syphilis acquise, par J. Gaté et R. Silvestre. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 7, juillet 1931, p. 481.

Cette étude a porté sur 29 malades ; G. et S. ont apprécié la sédimentation en mesurant la vitesse de chute d'après le chemin parcouru dans l'unité de temps. Les réactions étaient faites le malade à jeun, les femmes enceintes étant éliminées. La réaction de sédimentation n'a pas une valeur diagnostique. Élevée dans les premiers jours du chancre, précétions au moment de l'efflorescence secondaire. Il semble qu'elle fléchisse sous l'influence d'un traitement actif. Dans les syphilis anciennes encore actives, elle reste élevée, mais tend à se rapprocher de la normale dans les syphilis anciennes silencieuses. H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Contribution à l'étude des nævi vasculaires hyperkératosiques (hémo-lymphangiomes verruqueux hyperkératosiques), par S. Neumark. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 4, avril 1931, pp. 195-209, 1 fig.

Observation d'une fillette de trois ans qui portait au membre inférieur gauche des nævi vasculaires hyperkératosiques et qui mourut l'année suivante d'une infection grave développée à la suite d'une hémorragie profuse consécutive à l'excoriation d'une des lésions.

L'auteur donne une description minutieuse clinique et histologique de ces nævi dont plusieurs biopsies purent être faites, montrant qu'il s'agissait d'un hémo-lymphangiome verruqueux hyperkératosique.

Il soulève à ce propos la discussion concernant les rapports entre l'angiome verruqueux et l'angiokératome de Mibelli. Il rappelle les observations antérieures de Fabry, de Fabry et Ziegenbein, de Bettmann, de Grouven, de Stümpke, de Wertheim et bien d'autres. Wertheim considère l'angiome verruqueux comme une génodermie, tandis que l'angiokératome de Mibelli est une affection acquise, consécutive à

une prédisposition congénitale. Cette conclusion a été critiquée à la suite de la constatation de l'identité d'aspect capillaroscopique entre les deux affections, alors que les angiomes simples donnent une image tout à fait différente. L'auteur se demande si un cas comme le sien ne représente pas un fait de passage entre les deux types. L'article se termine par un index bibliographique. A. Bocage.

Angiokératome du pavillon de l'oreille, par G. Milian et L. Périn. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 4, avril 1931, pp. 210-213, 4 fig.

Les auteurs décrivent sous ce nom le nodule douloureux de l'oreille de Dubreuilh en raison de sa structure histologique : kératose, infiltrat inflammatoire et néoformations vasculaires d'aspect angiomateux. Ils en apportent un cas personnel dont la coupe montra une cellule géante.

A. Bocage.

Kératomes en nappe des mains, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 4, avril 1931, pp. 214-216, 1 fig.

Chez une femme de 39 ans présentant de l'adiposité cyanotique des membres inférieurs et de l'acrocyanose des mains, il existait des plaques blanc jaunâtre du bord cubital des mains ressemblant à celles qui résultent du soulèvement phlycténulaire de l'épiderme. Histologiquement, il s'agissait d'une hyperkératose surmontant des lésions diffuses du derme avec dilatation capillaire.

A propos de cette observation et de la précédente, les auteurs font un rapprochement entre l'angiokératome de Mibelli, le nodule douloureux de l'oreille, le granulome annulaire, le kératome en nappes des mains, affections que caractérise la kératose surmontant des lésions vasculaires dont l'acrocyanose est la plus caractéristique et parmi lesquelles on trouve souvent des formations tuberculoïdes.

A. Bocage.

Angiomes multiples de la face spontanément ulcérés, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 4, avril 1931, pp. 217-223, 2 fig.

Enfant née six semaines avant terme qui, au dixième jour de sa vie, constitue des angiomes tellement vite qu'ils furent pris tout d'abord pour de l'érysipèle. Quinze jours plus tard, une érosion diphtéroïde apparaît sur l'angiome nasal à l'occasion d'un coryza. Dix jours après, cet angiome a pris l'aspect escarrotique en même temps que l'angiome préauriculaire s'est ulcéré à son tour. Un état infectieux grave s'installe au cours duquel il se fait des érysipèles, de l'otite moyenne, un abcès streptococcique de la cuisse tandis que les angiomes infectés se cicatrisent peu à peu, de telle sorte que deux mois après le début il n'en reste que des cicatrices blanches. A ce moment, des varicosités capillaires reparaissent aux mêmes endroits et en un mois les angiomes initiaux sont reconstitués. A. Bocage.

Chancre mou des muqueuses linguale et labiale, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 4, avril 1931, pp. 224-215, 1 fig.

Ulcération voisine de la commissure labiale avec inoculation en face sur la langue. Présence du bacille de Ducrey ; guérison facile par le chlorure de zinc. A. Bocage.

Stomatite bismuthique réveillée par une injection de 914, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 4, avril 1931, pp. 226-228.

Un malade ayant présenté très récemment une stomatite bismuthique, mais actuellement guéri, fait une réaction digestive assez vive le lendemain d'une injection de novarsénobenzol et voit en même temps se réveiller sa stomatite bismuthique (biotropisme).

A. Bocage.

Un cas de pyodermite végétante de Hallopeau avec terminaison mortelle, par L. Danel. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 5, mai 1931, pp. 260-263.

Description d'un cas de cette affection qu'il ne faut pas confondre avec le pemphigus végétant et que l'auteur a suivi quatre ans jusqu'à la mort survenue dans l'urémie. L'examen histologique montra les pustules péripilaires et abcès miliaires intra-épidermiques caractéristiques. A. Bocage.

Syphilis sans chancre, par L. Lafourcade. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 5, mai 1931, pp. 268-270.

Observation d'une prostituée étroitement surveillée, n'ayant jamais présenté de chancre ni d'éruption et dont la syphilis fut révélée par la sérologie. La mise en traitement novarsénobenzolique fit apparaître de la roséole et déclancha une fausse couche de quelques semaines.

A. Bocage.

Les agents physiques appliqués à la dermatologie. Radiothérapie subpénétrante, par J. P. Vieira. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 5, mai 1931, pp. 271-276.

L'auteur passe en revue les cas traités par lui depuis 1928 en indiquant les résultats obtenus : il insiste beaucoup sur les succès que lui a donné la radiothérapie dans les eczémas localisés chroniques, spécialement ceux des pieds, et les dermites artificielles des mains.

A. Bocage.

Ponction sous-occipitale, par L. Michaux. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie*, 7e année, no 5, mai 1931, pp. 277-290.

Revue générale sur cette technique de ponction découverte par Wyefort, Ayer et Enoch, vulgarisée en France par Sicard et Laplane. L'auteur rappelle les notions anatomiques étudiées par Laplane dans sa thèse : situation constante des pyramides et des noyaux du pneumo-

gastrique au-dessus du trou occipital, grandes dimensions transversales et antéro-postérieures (7 à 8 millimètres) du lac sous-cérébelleux dans lequel pénètre l'aiguille, absence d'organes dangereux à ce niveau. La ponction se fait sur le sujet de préférence en décubitus latéral, siège très relevé et tête fortement fléchie sur le thorax : on introduit l'aiguille à peu près à mi-distance entre la protubérance occipitale et l'apophyse épineuse de l'axis. Les incidents observés sont véritablement tout à fait exceptionnels : en particulier, la céphalée consécutive est infiniment rare, alors qu'elle est fréquente après la ponction lombaire. L'auteur donne les indications cliniques et techniques de l'injection de lipiodol par voie sous-occipitale et termine par un index bibliographique.

A. Bocage.

Bulletin Médical (Paris).

A propos de la dermite livédoïde, par P. Blum et J. Bralez. *Bulletin Médical*, 45e année, no 30, 25 juillet 1931, p. 524.

La dermite livédoïde et gangréneuse de la fesse décrite par Nicolau ne semble pas être une affection autonome ; c'est un trouble trophique, localisé à la fesse, qui est le même que tous ceux qu'on connaît dans les ischémies d'origine artérielle, qu'il s'agisse de spasme, de thrombose ou d'embolie.

H. Rabeau.

L'allergie cutanée, par Desaux. *Bulletin Médical*, 45e année, no 30, 25 juillet 1931, p. 526.

D. montre ce qu'est l'allergie, cet état de sursensibilité élective spécifique des cellules de la peau. Il étudie ensuite les diverses interprétations proposées de ces faits, et les éléments de la réaction allergique. Ces phénomènes d'allergie cutanée sont extrêmement nombreux, et les processus biologiques d'allergie et d'immunité ont une grande importance dans la morphologie des lésions cutanées. On recherchera cet état allergique par des méthodes directes les plus usuelles ou indirectes. La conduite à tenir variera suivant le type de la réaction inflammatoire dermique.

H. Rabeau.

Les kératoses arsenicales médicamenteuses, par R. Barthelemy. *Bulletin Médical*, 45e année, no 30, 25 juillet 1931, p. 522.

Les réactions cornées arsenicales de l'épiderme sont devenues plus fréquentes depuis l'emploi des nombreux composés arsenicaux organiques modernes. Le praticien doit les connaître puisque, signes d'intoxication arsenicale, elles commandent la suppression du médicament. Deux types : l'hyperkératose circonscrite palmo-plantaire, dite kératodermie, bien connue, et l'hyperkératose généralisée. B. en publie deux observations personnelles. La première est celle d'un malade qui, après un court traitement et de petites doses d'arsenic, présenta une érythrodermie généralisée avec suintement, desquamation et en outre une

kératodermie palmo-plantaire intense, complète, mais concomitante et passagère.

La seconde malade présenta une discrète érythrodermie, mais avec une hyperkératose folliculaire généralisée, se condensant en placards psoriasiformes aux coudes et aux genoux, sans presque d'atteinte palmo-plantaire et sans corps arsenicaux, le tout dû à l'intoxication méthylarsénique. La thérapeutique devra tenir compte de ces caractères de dermite violente inflammatoire toxique et s'efforcera d'éviter le passage à la chronicité. H. Rabeau.

Pelade et traitement photodynamique; vitiligo et brassage pigmentaire, par R. Jausion et A. Pecker. *Bulletin Médical*, 45e année, no 30, 5 juillet 1931, p. 517.

Pelade et vitiligo, bien que très inégalement curables, disent les auteurs, sont très heureusement influencés par la sensibilisation et la désensibilisation à la lumière. Ils exposent leur traitement photodynamique de la pelade : sensibilisation à la lumière, puis irradiation. Il leur permit de « réparer la majorité de leurs peladiques en moins de deux mois ». Pour le vitiligo, leur méthode du brassage pigmentaire consiste à obtenir dans une première période une surpigmentation thérapeutique, et dans un deuxième temps par des méthodes chimio et photothérapeutiques à obtenir une dépigmentation. On peut réaliser des brassages successifs et ainsi estomper le vitiligo.

H. Rabeau.

Comptes rendus de la Société de Biologie (Paris).

Neurotropisme du virus syphilitique, par C. Levaditi, A. Vaisman et R. Schœn. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, t. CVII, no 22, 3 juillet 1931, pp. 948-950.

Le virus syphilitique inoculé dans le cerveau du lapin n'y séjourne pas ; il disparaît dès la 17e heure. Par contre, des expériences d'autres auteurs montrent que le tréponème inoculé par voie sous-cutanée ou testiculaire peut infecter secondairement le système nerveux. Le fait a été constaté en particulier chez des lapins inoculés par voie testiculaire au moyen d'un tréponème cultivé *in vivo* dans le cerveau de la souris (Schlossberger). A. Bocage.

Journal de Médecine de Paris.

Sur le traitement du zona, par W. Hœdemakers et Mlle Benevlærts. *Journal de Médecine de Paris*, 51e année, no 31, 30 juillet 1931, p. 687.

Netter, en 1915, a décrit le « zona arsenical » dû à une exaltation des virus zostériens et varicelleux par l'intoxication arsenicale. Les auteurs ont pensé que le même traitement arsenical, qui révèle le zona latent, mais dont l'évolution reste bénigne, pourrait être utilisé à

soulager la douleur des zonas spontanés. Leurs essais leur ont montré le bien-fondé de leur hypothèse, et le traitement arsenical leur a donné des résultats satisfaisants (23 cas). Ils utilisent le sulfarsénol. Le premier jour, injection intrafessière de 12 centigrammes de sulfarsénol, 3 ou 4 jours après, nouvelle injection de 18 centigrammes. Il est rare que les douleurs survivent à ces 2 injections. Si elles persistent, faire encore 18 centigrammes, 3 ou 4 jours après. H. RABEAU.

Paris Médical.

Remarques critiques sur le rôle étiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères, par C. LIAN, A. BLONDEL, R. BARRIEU et F. RIBAS SOBERANO. *Paris Médical*, 21e année, no 27, 4 juillet 1931, pp. 21-29.

Un contrôle de nombreux faits a convaincu les auteurs que le rôle étiologique de la syphilis dans les maladies des artères a été en général surestimé.

Pour les aortites, tout d'abord, il faut bien établir qu'après la soixantaine un léger degré de dilatation et de flexuosité est à peu près constant. Entre 40 et 60 ans, les signes cliniques et sérologiques de syphilis sont beaucoup moins fréquents dans les aortites sans insuffisance aortique que dans les aortites avec insuffisance valvulaire. Une statistique ancienne de Lian et Vernes donnait 100 o/o de syphilis en cas d'anévrisme ou d'insuffisance aortique non rhumatismale et 32 o/o dans les aortites sans insuffisance ni ectasie. Une statistique de 1928 portant sur 492 malades donne 86 o/o de Bordet-Wassermann positifs chez les porteurs d'anévrismes, 81 o/o dans les aortites avec insuffisance, et 32 o/o dans les autres aortites. Donc entre 40 et 60 ans *la sclérose de l'aorte sans anévrisme ni insuffisance aortique relève tout au plus de la syphilis dans la moitié des cas. Chez les sujets plus âgés le rôle étiologique de la syphilis dans la genèse des scléroses aortiques est beaucoup moindre... C'est seulement à titre exceptionnel que l'athérome aortique des sujets âgés peut rendre les sigmoïdes insuffisantes.*

Ici se pose la question de l'étiologie de l'athérome. Les auteurs tendent à y voir la conséquence d'un trouble humoral d'origine viscérale endocrinienne ou tissulaire assez obscure, s'accompagnant d'hypercholestérinémie. A part la goutte et le saturnisme, sa cause principale paraît résider dans cette dyscrasie de la cinquantaine, puis de la vieillesse qui se traduit par des scléroses viscérales ou des scléroses artérielles ou de l'hypertension en proportions variables. L'hypertension artérielle, les infections aiguës ou chroniques n'interviennent qu'accessoirement et secondairement pour augmenter ou localiser sur telle ou telle artère le processus athéromateux lié au trouble humoral. Ce dernier relève de perturbations viscérales ou tissulaires déterminées par de nombreuses causes parmi lesquelles l'infection syphilitique trouve sa place. C'est à ce titre que la syphilis peut être une cause *indirecte et générale* d'athé-

rome, mis à part les cas où une artérite syphilitique antérieure présente secondairement quelques points de dégénérescence athéromateuse.

Les auteurs, bien que ne possédant que peu de documents, estiment trop exclusive l'opinion d'Arrillaga sur l'origine syphilitique des artérites pulmonaires. Ils n'accordent qu'un rôle très effacé à la syphilis en ce qui concerne les artérites pulmonaires du rétrécissement mitral ; la syphilis est plus fréquente dans les artérites pulmonaires consécutives à la sclérose broncho-pulmonaire, maladie d'Ayerza (cardiaques noirs). Dans les artérites pulmonaires primitives, la syphilis est très fréquente, comme dans les aortites, mais non constante, sauf peut-être dans les cas d'anévrysme.

Pour les artérites cérébrales après la cinquantaine elles relèvent souvent d'athérome, plutôt que de syphilis.

Les artérites oblitérantes des membres inférieurs sont très rarement d'origine syphilitique, non seulement chez les vieillards, mais aussi chez les sujets jeunes. Sur 52 claudications intermittentes, 2 syphilis avouées, un Bordet-Wassermann fortement positif, 3 faiblement (Lian, Puech et Viau, 1927). La syphilis est beaucoup plus fréquente dans l'artérite sténosante de la sous-clavière (3 fois sur 7 cas) qui se traduit par une modification unilatérale de la tension ou de l'indice oscillométrique et un souffle systolique intense dans le creux sous-claviculaire.

A quelques rares exceptions près (maladie d'Osler, rhumatisme articulaire aigu) les anévrysmes artériels périphériques sont tous d'origine syphilitique.

L'angine de poitrine d'origine cardio-artérielle n'est pas une présomption de syphilis, car sur 283 observations, même en comptant les cas douteux, les auteurs n'arrivent qu'à 27 o/o de syphilis, chiffre confirmant les statistiques plus anciennes de Lian et Vernes en 1914 (20 o/o de syphilis certaine, 10 o/o de douteuse) et de Gallavardin.

Le rôle de la syphilis est encore plus effacé dans l'angor aigu coronarien fébrile.

Très éclectiques quant à la pathogénie de l'hypertension artérielle permanente, les auteurs ne partagent pas l'opinion des médecins qui considèrent comme syphilitiques toutes les hypertensions permanentes sans cause nette (goutte, saturnisme, néphrite de cause connue). Cette étiologie entre en jeu dans le tiers au moins, la moitié au plus des cas, d'autant plus probable que le sujet est plus jeune.

Lian et Blondel ont observé un cas d'hypotension d'origine syphilitique. A. Bocage.

Presse Médicale (Paris).

Dermatite chronique atrophiante (maladie de Pick-Herxheimer) par M. L. Pautrier. *Presse Médicale*, 39e année, no 53, 4 juillet 1931, p. 1005. 5 fig. en noir, et 8 fig. en couleur,

P. a eu l'occasion d'observer, à Strasbourg, 34 cas de dermatite chro-

nique atrophique en 11 ans. Il en donne une étude clinique, anatomo-pathologique et biologique. Il envisage spécialement les rapports de la dermatite chronique atrophiante, de l'anétodermie et de la sclérodermie, et les troubles du métabolisme du tissu conjonctif. « Ces atrophies du type érythromélique ou anétodermique et les sclérodermies ne sont pas à proprement parler des maladies de peau ; ce sont d'une façon beaucoup plus générale des affections du tissu conjonctif. Elles s'extériorisent principalement sur le tégument cutané parce que celui-ci, qui recouvre toute la surface du corps, comporte précisément un immense étalement du tissu conjonctif. En réalité, ce sont des affections qui traduisent un bouleversement plus ou moins profond du métabolisme du tissu conjonctif ». Reste à déterminer quels facteurs interviennent pour dévier ce métabolisme ? Comment agir sur l'ensemble des facteurs qui règlent ce métabolisme : système vasculaire et système sympathique commandant les circulations locales, glandes à sécrétion interne qui interviennent de façon active dans la nutrition du tissu conjonctif. C'est sur ce terrain que l'auteur a placé la question et on lira avec fruit les belles recherches qui ont été poursuivies sous sa direction à la clinique de Strasbourg. H. Rabeau.

La fonction antigénique des lipoïdes et les notions nouvelles sur le mécanisme des réactions sérologiques de la syphilis, par R. Demanche. *Presse Médicale,* 39e année, no 57, 18 juillet 1931, p. 1077.

Classiquement, seules les substances albuminoïdes étaient de véritables antigènes, parce que seules capables de provoquer expérimentalement chez l'animal la formation d'anticorps. Les recherches récentes, celles de Landsteiner, celles de Sachs, Klopstok et Weil ont établi que les lipoïdes sont de véritables antigènes possédant la double propriété de provoquer *in vivo* la formation d'anticorps et de réagir *in vitro* avec ces anticorps. Les anticorps antilipoïdes ont une spécificité variable, mais toujours assez large : spécificité zoologique, spécificité histologique, spécificité de groupe, enfin spécificité plus large, étendue à la plupart des lipoïdes qui se trouvent dans les organismes vivants, et même dans certaines cultures microbiennes, lipoïdes ubiquitaires. Ces extraits lipoïdiques complexes, d'inégale spécificité, n'ont pas tous la même activité. Pour Sachs, deux principes conditionnent l'immunisation : celui de la concurrence des antigènes et de la sélection des fonctions antigéniques et celui de la réactivité variable de l'organisme récepteur.

Sachs, puis Cesari, ont montré que le sérum de lapin traité suivant la méthode de l'immunisation combinée par les extraits alcooliques d'organes qu'on emploie pour le séro-diagnistoc de la syphilis, se comporte exactement comme le sérum des syphilitiques, tant au point de vue de la réaction de Bordet-Wassermann qu'à celui des réactions de floculation. Il semble donc que les modifications qui se produisent dans le sang des syphilitiques consistent réellement en une formation

d'anticorps, et que les réactions sérologiques de la syphilis représentent de véritables réactions d'anticorps dirigés contre les antigènes lipoïdes. Réactions témoins liées à la présence dans le sang d'anticorps antilipoïdes indifférenciés, sans qu'on puisse conclure qu'il s'agit de réaction d'immunité.

Cette belle mise au point de la question par le sérologiste consommé qu'est D., montre combien sont complexes les phénomènes humoraux de la syphilis, et quelle prudence on devra apporter dans l'interprétation de réactions dont en augmentant la sensibilité on risque de diminuer la spécificité. H. Rabeau.

La physiothérapie de l'acné vulgaire, par G. Archambault et A. Marin. *Presse Médicale,* 39 année, n° 58, 22 juillet 1931, p. 1095.

La radiothérapie, appliquée suivant la technique de Mac Kee (petites applications hebdomadaires nues ou légèrement filtrées) est une méthode qui joint à la commodité, son efficacité rapide, et son innocuité. Elle est le traitement de choix qu'emploient les 4/5 des dermatologistes américains. Maniée avec prudence, elle donne des résultats remarquables. Les incidents et accidents sont très rares. Les auteurs précisent les techniques pour chaque forme d'acné, doses, fréquence des séances, incidents à éviter, récidives possibles, résultats. H. Rabeau.

La syphilis latente du testicule, par S. Bertin, P. Nayrac, et A. Breton. *Presse Médicale,* 39e année, n° 59, 25 juillet 1931.

Les auteurs, qui depuis de longues années étudient cette question, ont établi que la fonction de reproduction était frappée avec prédilection chez les syphilitiques : diminution de la mobilité et de la vitalité des spermatozoïdes, altérations morphologiques, présence possible de spirochètes dans le sperme, oligospermie, même azoospermie. Partant de ces faits cliniques, ils ont examiné systématiquement les testicules de 19 anciens neuro-syphilitiques choisis sans antécédents blennorragiques ni tuberculeux. Leurs données histologiques leur ont servi à étayer la doctrine de la syphilis latente du testicule. Sur ces 19 cas, 14 cas d'artério-sclérose testiculaire, et 10 cas de sclérose interstitielle plus ou moins accusée. Presque toujours la sclérose interstitielle est associée à l'artério-sclérose sans que la réciproque soit vraie. Dans 8 cas, signes d'infiltration plasmo-lymphocytaire inflammatoire ; l'épaississement de la gaine conjonctive des tubes épithéliaux est fréquent (11 cas sur 19) ; la quantité de parenchyme diminuée dans 10 cas. — Ils n'ont trouvé aucune relation entre les altérations du tissu spermatogénétique et l'âge des sujets. Par contre, il existe un certain parallélisme entre l'intensité des lésions épithéliales et celles des lésions conjonctives. *Grosso modo,* on peut dire que tous les éléments du tableau histologique s'éloignent de la normale en même temps. Cette notion de la fréquence et de l'importance de la syphilis latente chez les anciens syphilitiques explique en partie l'infécondité de certains ménages, et les

dystrophies si fréquentes chez les enfants nés viables de pères syphilitiques.
H. Rabeau.

Revue Neurologique (Paris).

Vitiligo en nappes. Symétrie des taches pigmentées restantes, par E. Moniz et V. Fontes. *Revue Neurologique,* 38e année, t. I, no 6, juin 1931, pp. 732-744, 6 fig.

Important mémoire à propos d'une observation personnelle. Il s'agit d'un jeune homme de 17 ans, très brun de peau, ayant vu depuis l'âge de 6 ans se développer un vitiligo qui, en 10 ans, aboutit à la décoloration à peu près complète de tout le corps à l'exception de la face et du cou, des mains, des pieds et des régions pénienne et périnéale où la pigmentation est plus ou moins respectée de façon rigoureusement symétrique. Pas de syphilis. Aucune autre anomalie, excepté émotivité, léger retard intellectuel, bégaiement. Une bibliographie importante suit cette observation avec critique des hypothèses pathogéniques proposées par les auteurs.

Les auteurs sont *assez inclinés à croire que le vitiligo est la manifestation externe de l'atteinte d'une zone ou d'un centre encéphalique présidant à la régulation du chromatisme de la peau.*

A. Bocage.

Spasme de torsion avec contracture athétoïde intentionnelle et crises douloureuses du bras gauche chez une tabétique, par G. Roussy, Mlle G. Lévy et A. Clary. *Revue Neurologique,* 38e année, t. I, no 6, juin 1931, pp. 747-757, 3 fig.

Tabès datant de 25 ans chez une femme de 72 ans qui présente un tremblement des deux membres supérieurs et de la tête avec petites secousses myocloniques intermittentes du bras gauche et un spasme de torsion du même bras coïncidant avec des phénomènes douloureux presque permanents à paroxysmes fréquents et enfin une contracture intentionnelle athétoïde.

La pathogénie de ce spasme, encore jamais rencontré dans le tabès, reste très obscure ; les auteurs se demandent s'il ne s'agit pas d'une lésion du noyau rouge qui aurait atteint en même temps, dans la région sous-optique, des fibres du ruban de Reil et du contingent rubro-thalamique.
A. Bocage.

Syphilis infundibulo-tubérienne (narcolepsie. diabète insipide, obésité, aménorrhée), par J. Lhermitte et N. Kyriaco. *Revue Neurologique,* 38e année, t. I, no 6, juin 1931, pp. 801-806, 1 fig.

Le syndrome s'est installé assez rapidement et ne se modifie plus. A noter l'action de l'extrait post-hypophysaire uniquement par voie nasale et seulement sur la polyurie qu'il fait tomber de 8 à 2 litres. En outre, il faut signaler 5.500.000 globules rouges contre seulement

4.000 blancs et une légère altération psychique dans le sens mélancolique. Lymphocytose rachidienne avec Bordet-Wassermann positif dans le liquide et dans le sang. Le traitement antisyphilitique a été absolument sans aucune action. A. Bocage.

Syphilis et artério-sclérose du cerveau, par C. I. Urechia. *Revue Neurologique*, 38e année, t. II, no 1, juillet 1931, pp. 96-99.

Dans cette note très technique l'auteur montre avec une observation à l'appui que la syphilis cérébrale en voie de guérison spontanée ou après pyrétothérapie peut donner, par la disparition progressive de l'infiltration, des aspects d'artério-sclérose classique.

A. Bocage.

Journal de Médecine de Lyon.

Forme ascendante de syphilis médullaire réalisant un syndrome de poliomyélite, par L. Bourrat. *Journal de Médecine de Lyon*, no 275, 20 juin 1931, p. 381.

L'auteur rapporte une observation d'une forme rare de paraplégie flasque avec absence de troubles sensitifs, éliminant l'hypothèse de radiculite ou de polynévrite.

L'influence heureuse et rapide du traitement n'a pas permis l'évolution vers l'atrophie musculaire prononcée.

Jean Lacassagne.

Lyon Médical

Renseignements fournis par les radiographies osseuses dans la syphilis congénitale de la première enfance, par Péhu et Romand-Monnier. *Lyon Médical*, 63e année, t. CXLVIII, no 29, 19 juillet 1931, p. 66.

P. et R. attirent à nouveau l'attention sur la valeur séméiologique considérable que l'on doit accorder, au cours de la première enfance, aux radiographies osseuses. Environ 70 o/o de cas de syphilis sont décelés sur les films : qu'il s'agisse de syphilis indiscutable ou de syphilis oligo-symptomatiques ou de syphilis dites larvées. Les auteurs rapportent cinq observations obscures comme interprétation clinique, éclairées par la radiographie (accès de cyanose, vomissements habituels).

Jean Lacassagne.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Sur la technique du traitement du lupus vulgaire par l'acide pyrogallique (Zur Technik der Pyrogallusbehandlung des Lupus vulgaris), par F. Diettel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, no 22, 30 mai 1931, p. 801.

D. associe aux autres méthodes les cautérisations avec une pommade pyrogallée à 10-20 o/o pendant 4-6 jours. Le régime de Gerson est

un excellent adjuvant qui seul ne suffit pas à assurer la guérison. Après l'acide pyrogallique, D. panse avec du baume au penthésine (anesthésique local) pendant 2-3 jours ; puis il applique une pommade indifférente. Pour détruire le tissu lupide, il faut 3-4 cautérisations. Après les cautérisations, radiothérapie qui favorise l'épidermisation et donne de bonnes cicatrices. L. CHATELLIER.

Disparition d'une éruption de verrues séniles séborrhéiques par destruction électrolytique de quelques éléments (Verschwinden einer Aussaat von senilen seborrhoischen Warzen auf elektrolytische Entfernung einiger Einzelgebilde), par NÆGELI. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 22, 30 mai 1931, p. 805.

Après destruction par électrolyse de 5 ou 6 verrues séniles, disparaît en quelques mois une éruption très abondante, disséminée sur le dos. Pas d'autre traitement. L. CHATELLIER.

L'argent dans le traitement de l'ulcère de jambe (Feinsilber zur Ulcus-cruris-Therapie), par L. ISAAK. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 22, 30 mai 1931, p. 807.

I. panse l'ulcère avec une lame mince d'argent, un peu plus grande que l'ulcère, on peut laisser la lame en place pendant 3-8 jours sans changer le pansement. L'argent favorise la formation du tissu de granulation, empêche la sécrétion et le sphacèle. I. a obtenu en quelques semaines la guérison d'ulcères profonds. Autant que possible, faire en même temps la cure d'oblitération des varices.

L. CHATELLIER.

L'action sur la peau de quelques substances chimiques employées dans l'industrie (Die Wirkung einiger gewerblich gebrauchter Chemikalien auf die Haut), par RODENACKER. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, 6 juin 1931, n° 23, p829.

Revue générale où l'auteur étudie les substances couramment employées aujourd'hui dans l'industrie (gaz nitreux, phosgène, oxyde de C, hydrogène sulfuré, benzol, la série des corps aromatiques nitrés, diméthylsulfate, bromméthyle, alcool méthylique, plomb, phosphore, As, acide chromique, Hg, thallium, etc.). Tous ces corps sont capables de provoquer chez l'homme des dermites d'aspect varié : érythème, éruption bulleuse ou eczématiforme, nécrose même, dues surtout à leur action sur les processus d'oxydation cellulaire. C'est dire leur importance sociale et l'intérêt qu'il y a à les reconnaître.

L. CHATELLIER.

Recherches sérologiques sur 5.000 sérums avec la réaction d'éclaircissement de Meinicke et la réaction de Kahn (Serologische Untersuchungen an 5.000 sera mit der Klärungsreaktion (Meinicke) und der Kahnsche Reaktion), par H. ROSENFELD. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, n° 23, 6 juin 1931, p. 836.

Dans 2.324 syphilis, réaction de Bordet-Wassermann, réaction de Mei-

nicke, réaction de Kahn concordent. Sur 3.228 sérums syphilitiques, 809 fois résultat positif avec les deux réactions de floculation seulement. Soit 25 o/o des cas de syphilis, et 16 o/o du chiffre total. La supériorité de ces réactions n'existe que dans la syphilis latente ou les syphilis viscérales. Légère supériorité de la réaction de Kahn ; mais les réactions non spécifiques sont moins nombreuses avec la réaction de Meinicke. Ce sont deux techniques simples, spécifiques, qui complètent heureusement la réaction de Bordet-Wassermann et ajoutent à la précision du diagnostic sérologique, surtout dans la période de latence ; de plus, elles pourront, plus facilement que la réaction de Bordet-Wassermann, être « standardisées ». L. CHATELLIER.

La perlèche chez les écoliers et recherches sur la flore bactérienne (Vorkommen von Perlèche (angulus infectiosus) bei Volksschülern und Untersuchungen über die dabei auftretende Bakterienflora), par F. SCHWAB. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 24, 13 juin 1931, p. 873.

Les recherches portent sur 17.000 écoliers de 6-14 ans des écoles populaires de Nuremberg (8.602 garçons et 8.430 filles) : 129 cas de perlèche, soit 0,75 o/o, dont 82 cas chez les garçons. La moitié des cas intéressent des enfants de 8 à 10 ans, pour la plupart malpropres. Chez 92 des enfants malades, il y avait des lésions dentaires. La participation de la muqueuse buccale est rare (3 cas). Sur les frottis de 124 cas de perlèche, S. a trouvé surtout des diplocoques, des staphylo- et des streptocoques : 50 fois des streptos associés à ces diplocoques, 6 fois des staphylos associés aux diplocoques, 27 fois streptos et staphylos et 36 fois des diplocoques seuls. Dans 18 cas de perlèche unilatérale, S. a trouvé des streptos du côté malade seulement. L. CHATELLIER.

Acromicrie et syphilis (Akromicrie und Syphilis), par J. UMANSKY. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 24, 13 juin 1931, p. 880, 3 fig.

Parmi les lésions de l'hypophyse, l'hypertrophie est surtout connue et ses manifestations constituent l'acromégalie. Beaucoup plus rares, les observations relatant les lésions liées à une atrophie de cet organe (cas de Brugsch, Ballmann et A. Ochs). U. rapporte un cas nouveau d'acromicrie, dont les caractères cliniques sont : petitesse de la taille et des os ; amincissement des os des dernières phalanges ; petitesse de la mâchoire et des parties molles surtout aux mains et aux pieds ; petitesse du nez, des lèvres et des oreilles ; acrocyanose, dystrophie des ongles, abaissement de la température ; diminution de l'hypophyse. La malade de U. était syphilitique et le traitement amena une rapide amélioration.

L. CHATELLIER.

Sur la question des « kératodermies gonococciques » (Zur Frage der gonorrhoischen Keratosen), par B. BERSON et I. MATUSKOW. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 25, 20 juin 1931, p. 909, 5 fig.

Après avoir rappelé les différentes opinions sur les « kératodermies gonococciques », les auteurs rapportent une observation où les lésions de

la peau, très étendues, sont particulièrement marquées aux paumes, aux plantes et sur les jambes. L'éruption sur le corps, aux extrémités et au cuir chevelu ressemble peu au psoriasis. Les arthrites frappent les doigts de la main gauche et le coude droit. Sur les doigts, elles s'accompagnent d'ankylose, de déviation et de périostite nette. Après 12 injections de vaccin, apparaît un écoulement uréthral (où les auteurs ne signalent pas de gonocoques) ; la réaction de déviation est positive ; dans l'anamnèse, blennorragie. Le traitement par le vaccin amène une amélioration durable. Pour B. et M., kératodermie de nature gonococcique. L. Chatellier.

Augmentation par l'acide salicylique de la réaction de la peau chez les individus sensibles, en même temps contribution à la technique de l'épreuve du lambeau (Ueber Steigerung der Reaktionfähigkeit der Haut durch Salicylsaure bei überempfindliche Zugleich ein Beitrag zur Technik der Läppchenprobe), par H. Freund. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 25, 20 juin 1931, p. 901.

Chez les individus sensibles à une substance (mercure, quinine, tabac, primevère, iode, résorcine), on renforce la réaction cutanée par addition de 1 à 5 o/o d'acide salicylique. Ce fait est dû à l'action kératolytique de l'acide salicylique, qui facilite le contact des cellules sensibles et de la substance irritante. Par lui-même, à cette concentration, l'acide salicylique est inoffensif pour ces peaux sensibles, exceptionnellement, on peut voir une légère réaction concomitante. Cette propriété de l'acide salicylique trouve son application pratique dans l'épreuve du lambeau ; elle permet ainsi de déceler des sensibilités que l'application de la seule substance irritante, même à forte concentration, ne dévoile pas. On peut obtenir le même renforcement de la réaction par l'emploi du papier de verre, procédé plus rapide, mais moins précis et plus douloureux. Il est recommandé de n'employer l'un ou l'autre procédé que dans les cas où la peau normale ne réagit pas à la substance irritante. On évitera la sensibilisation artificielle en diminuant la concentration de la substance appliquée. L. Chatellier.

Sur la raie noire (Ueber schwarze Hautschrift), par F. Diettel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 26, 27 juin 1931, p. 950.

Hosp avait déjà montré que la raie noire était due aux particules métalliques déposées sur la peau par le frottement, que l'oxyde de zinc augmentait l'intensité du phénomène. D. confirme les constatations de Hosp ; car à l'oxyde de zinc, il ajoute une série de poudres inertes (le sable fin, par exemple). L. Chatellier.

Le traitement de la microsporie par les rayons limites (Zur Grenzstrahlenbehandlung der Mikrosporie), par A. Buschke. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCII, nº 26, 27 juin 1931, p. 948.

B. a déjà publié (même journal) 2 observations de microsporie guérie par les rayons-limites de Bucky. Or, 4 nouveaux cas largement traités

par les seuls rayons n'ont pas guéri, tandis que les deux premières observations intéressaient des enfants qui avaient subi antérieurement un traitement par le thallium. On doit se demander si ce dernier n'a pas rendu la peau impropre au développement du champignon, incapable alors de résister aux rayons. Le thallium provoque une hyperémie cutanée intense, par action sur le système nerveux sympathique central et périphérique. Cette action est prouvée par les lésions de l'intoxication chronique causée par le thallium (cataracte, intégrité des poils tactiles, intégrité des sourcils, action du thallium sur les nerfs périphériques). Les altérations tissulaires constatées sont secondaires, même les altérations des glandes sébacées, qui servent seulement d'émonctoires. L'alopécie du thallium est provoquée par l'action de ce corps sur le système endocrino-sympathique. Les modifications provoquées dans la peau par le thallium et la suppression consécutive de la sécrétion sébacée rendraient donc le terrain impropre au développement du parasite, qui deviendrait sensible à l'action des rayons. L. Chatellier.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Recherches de capillarométrie microscopique dans la pathologie de l'eczéma, en particulier de l'eczéma professionnel (Kapillarmikroskopische Untersuchungen zur Konstitutions-pathologie des Ekzems insbesondere des Gewerbeckzems), par M. Michæl et Mlle Charlotte Radeff. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 3, juin 1931, p. 159, 2 fig. en couleurs.

Sur 60 eczémas, 16 fois des modifications de l'image capillaire ; sur 60 cas contrôlés, 24 fois des modifications ; sur 23 cas d'eczéma professionnel, 5 fois des modifications. Les altérations capillaires sont bien plus fréquentes chez la femme (25 fois) que chez l'homme (15 fois). On ne constate donc pas la réaction exagérée des vaisseaux décrite par Tachau et Raika chez les eczémateux. Pas de différences capillarométriques entre eczéma vrai et eczéma professionnel.

L. Chatellier.

Affections articulaires fébriles dans le psoriasis (Fieberhafte Gelenkaffektionen bei Psoriasis), par Th. Grüneberg. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 3, juin 1931, p. 170.

Observation d'un psoriasis ancien, au cours duquel apparaissent des arthrites multiples causées par un staphylocoque doré hémolytique (hémoculture), de virulence atténuée. Pour G., la septicémie est consécutive aux lésions psoriasiques de la peau, qui ont abrité le staphylocoque. Plus généralement, on pourrait admettre que les complications articulaires du psoriasis se produisent de la même façon. La spécificité et l'intensité de l'infection ont moins de signification que l'état allergique de l'organisme, sensibilisé par l'apport incessant des microbes de la peau. L. Chatellier.

Le sérodiagnostic de la syphilis par la réaction d'éclaircissement de Meinicke, par la réaction de Kahn et la réaction de conglomération de Müller (Die Serodiagnostik der Syphilis mittels der Meinicke-Klärungsreaktion-und Kahn-reaktion sowie der Ballungsreaktion nach Müller), par R. Strempel. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 3, juin 1931, p. 143.

3.503 sérums ont été examinés par les réactions de Bordet-Wassermann, de Meinicke et de Kahn : 3.364 résultats concordants (dont 821 + ; 139 discordances (soit 4 o/o), dont 46 avec Meinicke et Kahn seuls positifs, 35 avec Meinicke seul positif, 17 avec Kahn seul positif et 15 avec réaction de Bordet-Wassermann seule positive. Les réactions de Kahn et de Meinicke se sont montrées spécifiques et sensibles.

Sur 1.002 sérums, S. a fait la réaction de Bordet-Wassermann, la réaction d'opacification de Meinicke, la réaction de Kahn et la réaction de Müller : là encore, 96 o/o de concordances entre les 4 réactions ; dans les 42 discordances, légère supériorité des réactions de Kahn et de Müller.

Conclusion : il convient d'associer à la réaction de Bordet-Wassermann, les réactions de floculation pour mieux dépister la syphilis, surtout latente.

L. Chatellier.

La question des rapports entre la réserve alcaline et les dermatoses (Zur Frage der Beziehungen zwischen Alkalireserve und Dermatosen), par R. Fœrster. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, f. 3, juin 1931, p. 153.

L'évaluation de la réserve alcaline dans l'eczéma, le psoriasis et quelques autres dermatoses n'a jamais montré d'acidité prononcée. F. a trouvé une diminution moyenne modérée de la réserve alcaline dans le psoriasis, et seulement dans les éruptions récentes non traitées. Il a employé les méthodes titrométrique et volumétrique de Van Slyke.

L. Chatellier.

British Medical Journal (Londres).

Stomatite gonococcique (Gonococcal stomatitis), par Frazer et Menton. *The British Medical Journal*, 13 juin 1931, p. 1020.

La stomatite gonococcique est peu connue en raison de sa rareté et de son aspect peu caractéristique. Une quarantaine de cas sont cependant décrits.

Dans l'observation de F. et M., il s'agit d'un homme de 23 ans qui, s'étant exposé à l'infection et présentant quelques troubles digestifs, se fit vomir à plusieurs reprises en introduisant ses doigts dans sa bouche. La stomatite cependant apparut le même jour que l'uréthrite et si la contamination externe paraissait probable, la possibilité d'une infection d'origine hématogène ne pouvait être rejetée complètement.

Contrairement au tableau habituel où cette stomatite est localisée, principalement aux portions antérieures de la langue et des gencives, ce malade présentait une stomatite étendue à toute la cavité buccale et aux amygdales ; la muqueuse était rouge, tuméfiée, douloureuse et

recouverte d'un enduit pseudo-membraneux grisâtre ; quelques ulcérations superficielles existaient autour des molaires, la mastication était impossible. L'examen montra la présence de diplocoques intracellulaires. Gram négatifs, ayant tous les caractères bactériologiques du gonocoque. Guérison par des lavages au permanganate de K et le vaccin antigonococcique.

S. Fernet.

Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capita (Buenos Aiires).

Actino-bacillose de la face et du cou d'origine dentaire (Actinobacilosis de la cara y cuello de origen dentario), par Estanislao A. Zawels et Hugo Walter Reilly. *Archivos de los Hospitales de la Sociedad de Beneficencia de la Capital,* 5e année, no 8, mai 1931, p. 113.

L'auteur apporte un cas d'actinobacillose d'origine dentaire, produite par un germe polymorphe.

A la suite de l'extraction de la seconde molaire du côté gauche, il se produit une induration de la joue du même côté. Elle se poursuit malgré des injections d'un vaccin antipyogène. Bientôt une tuméfaction de consistance ligneuse et à bord diffus occupe la région parotidienne gauche et descend jusqu'en dessous du maxillaire. La peau est tendue, sans rougeur, ni chaleur marquée. Les ganglions correspondants sont enflammés. Il existe du trismus. L'état général est bon.

Le pus d'un petit abcès, injecté à un cobaye, permet de mettre en évidence un bacille à Gram positif, aérobie facultatif, non acido-résistant, avec un protoplasma granuleux, non sporulé et présentant parfois des granulations polaires. Ces caractéristiques tinctoriales, morphologiques et biologiques sont celles d'un bacille du type *Corynebacterium cutis,* quoique son identification définitive ne soit pas possible pour le moment.

Les bacilles appartenant à ce groupe constitueraient, d'après Lehmann et Neumann, des formes de passage entre les bactéries et les actinomyces. Le traitement antipyogène n'a eu aucun effet. La médication iodo-iodurée et les rayons X, par contre, ont donné de bons résultats.

J. Margarot.

Revista Medica Latino-Americana (Buenos-Ayres).

Les défenses naturelles dans la lutte antisyphilitique, système réticulo-endothélial et thérapeutique de la syphilis, par Mario E. Massa. *Revista Medica Latino-Americana,* 21e année, no 185, février 1931, p. 705.

Dans la lutte contre la syphilis, l'efficacité des éléments thérapeutiques spécifiques est proportionnelle à la capacité que possède l'organisme de les utiliser dans la lutte contre l'infection. Pour devenir thérapeutique, le salvarsan doit être transformé, modifié dans les tissus, en un mot, vitalisé.

Le système réticulo-endothélial est, d'après l'auteur, le facteur le plus important de ce processus. L'expérimentation démontre que lorsqu'on injecte aux lapins de grandes quantités de néosalvarsan, on observe :

1° Que les cellules de la rate le retiennent en granules très petits et nombreux ;

2° Que les endothéliums du foie et ceux des glandes surrénales montrent de gros granules.

Ces faits démontrent : le premier, que le phénomène d'hyper-accumulation ne se réalise pas parce que le processus d'absorption et de désintégration du néosalvarsan s'effectue avec rapidité ; le second, que la décomposition du salvarsan est lente. Les propriétés germicides du néosalvarsan notamment restent diminuées chez les animaux splénectomisés et annulées pendant un blocage intense et prolongé du système réticulo-endothélial. L'injection d'une forte dose de néosalvarsan au lapin d'Inde empêche la fixation de l'encre de Chine dans les éléments réticulo-endothéliaux. De même l'injection de sels solubles de mercure provoque un blocage passager. Cette observation et l'observation antérieure confirment que le néosalvarsan et le mercure se fixent dans les cellules de ce système.

L'auteur pense que l'insuccès de la thérapeutique spécifique doit s'expliquer par un état d'inertie fonctionnelle du système réticulo-endothélial et que le traitement antisyphilitique retrouve son efficacité quand ce système reprend lui-même son activité.

On peut, dans ces conditions, chercher à stimuler l'activité du système. Si à un lapin on fait une injection intracardiaque de peptone et immédiatement après une deuxième d'encre de Chine, il en résulte un blocage pour l'encre. Si on injecte la peptone plusieurs fois et plusieurs jours avant l'injection d'encre de Chine, on obtient une augmentation considérable de la fixation de l'encre de Chine dans la rate et dans le foie. On a des résultats semblables avec le sérum de cheval, le vaccin de Delbet, le lait.

Par suite, chez l'homme, lorsqu'une médication antisyphilitique ne réussit pas, il est logique de stimuler le système réticulo-endothélial pour que la thérapeutique spécifique devienne efficace.

L'auteur réalise cette activation par des injections de lait. Il commence le traitement par une piqûre de 5 centimètres cubes, qu'il intercale entre les injections thérapeutiques proprement dites, de manière que les deux injections n'aient jamais lieu le même jour. J. Margarot.

Annaes Paulistas de Medecina e Cirurgia (Sao Paulo).

Un nouveau signe de syphilis : retentissement du 2e bruit au foyer aortique (Um novo signal da syphilis : retumbancia da 2. a bulha no foco aortico), par Rubiao Meira. *Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia*, vol. XXI, décembre 1930, n° 12, p. 243.

Dans la syphilis, peu de temps après le début de l'infection, l'auscul-

tation permet de reconnaître un retentissement du second bruit au foyer aortique.

Cette modification n'existe pas encore à la période du chancre. Elle est appréciable environ un mois après l'inoculation. Elle devient évidente au cours des 2e et 3e périodes.

Le timbre et l'intensité de ce bruit varient du simple renforcement observé dans l'athérome jusqu'au retentissement métallique, ou bruit de crapaud de Guéneau de Mussy.

Il ne se propage pas. Le traitement l'améliore et le fait disparaître en même temps que la réaction de Bordet-Wassermann devient négative.

Il ne s'accompagne pas d'autres altérations de l'appareil circulatoire. La pression artérielle, maxima et minima, reste dans ses limites normales, ayant plutôt tendance à décroître qu'à augmenter.

L'auteur apporte 19 observations à l'appui de ses conclusions.

J. MARGAROT.

Revista de Sanidad Naval (Santiago de Chili).

Splénothérapie injectable de l'eczéma (Esplenoterapia inyentable del eczema), par Juan GALLO FRAVEGA. *Revista de Sanidad Naval*, t. I, no 2, mars 1931, p. 131.

Diverses considérations de physiologie normale et pathologique semblent indiquer qu'il existe dans les eczémas une insuffisance fonctionnelle de la rate.

L'auteur traite les malades atteints de cette affection par des injections sous-cutanées et intramusculaires d'un extrait splénique injectable. La dose initiale (2 centimètres cubes d'une solution représentant approximativement 1 gramme de glande fraîche) a été reconnue insuffisante. La quantité injectée a été portée à 10 centimètres cubes, ce qui répond à 5 grammes de glande fraîche. Les piqûres, d'abord faites tous les quatre jours, sont devenues quotidiennes.

J. G. F. a traité de la sorte 50 malades atteints d'eczéma parmi lesquels quelques-uns avaient leur affection depuis plus de 10 ans. Il n'a eu d'échec en aucun cas.

La dose doit être diminuée de moitié chez les enfants.

Il ne paraît pas exister de contre-indications à ce traitement.

J. MARGAROT.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

La tuberculose en vénéréologie (La tuberculosis en venereologia), par J. FERNANDEZ DE LA PORTILLA. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, mai 1931, p. 583.

L'auteur passe en revue les points de contact entre la vénéréologie et la phtisiologie. Ils sont peu nombreux. Plusieurs sont discutés.

A côté de faits caractéristiques tels que les formes de tuberculose des

organes génitaux (ulcéreuse, hypertrophique et lupique), il existe des cas d'interprétation difficile.

La maladie de Nicolas et Favre en est un premier exemple.

Dans cette affection on trouve assez souvent des intradermo-réactions positives à la tuberculine. Chez divers malades existent des lésions concomitantes du poumon ou du péritoine.

Certains germes, isolés par culture du pus des ganglions, ressemblent beaucoup au bacille de Koch.

Quelques auteurs se sont demandés si l'on ne se trouverait pas en présence d'une tuberculose ganglionnaire due à la forme filtrante du virus tuberculeux ou d'une toxi-tuberculide. Cette opinion est contredite par les faits suivants : impossibilité de trouver le bacille tuberculeux dans le pus de la lymphogranulomatose, absence de spécificité des altérations ganglionnaires, puisque la cellule géante peut se voir dans toutes les inflammations chroniques, inconstance et dissemblance dans le résultat des cultures, difficulté de l'inoculation et absence de spécificité tuberculeuse quand cette inoculation est positive, négativité de la réaction à la tuberculine chez un nombre considérable de malades, absence fréquente d'autres localisations tuberculeuses.

Dans un cas observé par l'auteur, toutes les épreuves tuberculiniques étaient négatives ; l'examen clinique et radiologique ne permettait pas de conclure dans le sens de la tuberculose, l'origine vénérienne de l'affection était douteuse.

F. de P. invoque contre l'hypothèse d'une cause constante et immuable le fait de l'efficacité variable des différents médicaments préconisés : à côté de cas qui guérissent sans difficulté avec le tartre stibié, il y en a d'autres chez lesquels cette médication modifie à peine les lésions. Beaucoup sont influencés favorablement par la tuberculinothérapie générale.

L'auteur conclut que la maladie de Nicolas-Favre est une réalité clinique qui paraît répondre, non à une maladie bien définie, mais à un syndrome dû à des causes diverses. La constance de son origine vénérienne est douteuse, comme semble le démontrer sa rareté chez les prostituées et, d'une manière générale, chez les femmes, tandis que souvent, sinon toujours, elle coïncide avec un *habitus* tuberculeux et qu'elle peut être améliorée par la tuberculine.

Une autre affection à propos de laquelle la tuberculose a été incriminée en vénéréologie, c'est le serpiginisme.

L'auteur le distingue du phagédénisme (ulcération profonde mutilante, à marche aiguë, due à l'association fuso-spirillaire).

Le serpiginisme, qui complique plus spécialement le chancre mou et les bubons chancrellisés, se caractérise par la lenteur de son évolution qui se fait en surface, donnant lieu à des clapiers, envahissant progressivement et d'une manière désespérante les tissus voisins. L'ulcération à bords sous-minés et la cicatrice qui lui succède rappellent beaucoup le processus tuberculeux.

Cependant, ni Azua, ni l'auteur, n'ont pu mettre en évidence le bacille de Koch. Les lésions n'étaient pas celles de la tuberculose ; l'inoculation à l'animal s'est montrée négative.

En revanche, on dispose aujourd'hui d'un médicament qui, dans l'immense majorité des cas, agit contre le serpiginisme avec une spécificité semblable à celle du salvarsan contre la syphilis et qui fait disparaître en quelques jours, parfois en quelques heures, ces interminables ulcérations. Ce médicament, venu de la phtisiologie, n'est autre que la tuberculine.

La troisième affection étudiée par l'auteur est l'esthiomène de la vulve dans laquelle on a parfois trouvé le bacille de Koch, mais dont la nature tuberculeuse constante est très loin d'être prouvée et dont la conception pathogénique actuelle présente encore des obscurités.

Dans un dernier chapitre apparaît l'utilité d'une convergence de la lutte antivénérienne et de la lutte antituberculeuse. D'intéressants problèmes se posent, tels celui du mariage des tuberculeux, celui du rôle des actes sexuels dans la transmission de la bacillose. Enfin, il n'est pas douteux que la tuberculose ne soit très fréquente dans les milieux misérables du prolétariat et de la prostitution.

J. Margarot.

Eléphantiasis et ulcérations chroniques vulvaires (Ulcère vulvaire chronique éléphantiasique et syphilome anorectal de Fournier) (Elefantiasis y ulceraciones cronicas vulvares (Ulcera vulvar cronica elefantiasica y sifiloma anorrectal de Fournier), par Eduardo de Gregorio et Garcia-Serrano. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, année 1931, p. 592.

Les auteurs apportent 9 observations qui s'ajoutent aux 6 déjà étudiées par eux.

Par suite du genre de vie des malades, il est impossible d'écarter l'intervention possible des maladies vénériennes antérieures.

Cependant, le rôle de l'infection chancrelleuse n'est pas exclusif. L'opinion de Jersild, pour qui le bacille de Ducrey serait l'origine de la lymphangite et des ectasies lymphatiques, perd de son importance. La lymphogranulomatose n'est pas davantage en cause car la réaction de Frei, positive dans les cas étudiés, n'est pas strictement spécifique. Cette affection est d'ailleurs très rare chez la femme.

La gonococcie est fréquente dans les antécédents. Il n'est pas douteux qu'elle ne favorise le processus éléphantiasique.

La syphilis existe chez la plupart des malades. Les réactions sérologiques sont fortement positives dans cinq cas, douteuses dans deux et négatives chez deux malades seulement.

Le traitement spécifique a pu améliorer certaines formes.

Dans quelques observations le bacille de Koch a été mis en évidence.

Incontestablement intervient dans la production d'un état éléphantiasique vulvaire une altération du système lymphatique de la région avec troubles de la circulation de la lymphe. La difficulté consiste à

déterminer l'agent causal. Les germes sont probablement variés. Il est probable que les diverses affections vénériennes préparent un terrain approprié et ouvrent la porte au germe producteur.

J. Margarot.

Orientations actuelles du traitement de la syphilis (Orientaciones actuales del tratamiento en sifilis), par Enrique Alvarez Sainz de Aja. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, n° 8, mai 1931, p. 611.

L'auteur critique la prophylaxie par les antiseptiques. Un des premiers, sinon le premier, il a indiqué que l'asepsie (savon, hygiène individuelle) présentait tous les avantages de la prophylaxie par les antiseptiques sans en avoir les inconvénients.

La prophylaxie médicamenteuse n'a pas sa raison d'être chez les sujets sains ; elle ne doit être utilisée que pour le blanchiment et la guérison des syphilitiques. Elle se résume dans le traitement obligatoire des malades grâce à la multiplication et au perfectionnement des hôpitaux et des dispensaires.

Le traitement préventif est inutile s'il n'y a pas eu contagion, insuffisant et dangereux si elle s'est produite : le malade ne sait jamais s'il a été ou non contaminé.

La cure abortive doit être instituée toutes les fois qu'elle est possible. C'est une grave erreur d'attendre la roséole et les syphilides pour commencer la cure. La prétendue action favorable de l'exanthème est supposée, non prouvée. Averti d'une conspiration, on peut plus facilement la faire avorter que réprimer une émeute lorsqu'elle s'est produite.

On guérit plus facilement la syphilis primaire que la syphilis secondaire. L'une et l'autre sont cependant curables, tandis que les syphilis tertiaire et quaternaire ne le sont pas.

Enfin, l'évolution thérapeutique se traduit essentiellement par la substitution des sels de bismuth solubles aux préparations insolubles et des arsenicaux intramusculaires au salvarsan intraveineux.

Cette dernière, d'après l'auteur, serait soin de constituer un progrès, l'introduction du salvarsan dans les veines étant plus active et pouvant se faire à des doses plus élevées.

J. Margarot.

Les réactions de floculation dans le liquide céphalo-rachidien (Las reacciones de floculacion en el liquido cefalorraquideo), par M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année n° 8, mai 1931, p. 618.

La réaction d'éclaircissement de Meinicke a coïncidé avec la réaction de Bordet-Wassermann dans 91,6 o/o des cas. Ces résultats, comme la positivité de la M. K. R. dans les cas de syphilis nerveuse avec Bordet-Wassermann négatif, décident l'auteur à introduire cette recherche dans sa pratique quotidienne pour pouvoir interpréter avec plus de sécurité les cas dans lesquels un Bordet-Wassermann plus ou moins positif est l'unique altération biologique décelable dans le liquide céphalo-rachidien.

J. Margarot.

Résultats du traitement des ulcères variqueux par la lame de plomb (Resultados del tratamiento de las ulceras varicosas por la lamina de plomo), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, mai 1931, p. 621.

Une lame de plomb est appliquée directement sur l'ulcère variqueux et fixée de manière à assurer une compression uniforme.

Ce traitement présente d'après l'auteur les avantages suivants : la douleur est calmée, la circulation du membre se régularise, la nutrition des tissus se fait mieux. Les bords s'effacent.

Il compte 65,6 o/o de guérisons. Les cicatrices sont lisses et parfaitement résistantes. Elles ne s'ouvrent à nouveau que dans 2,8 o/o des cas. J. Margarot.

Urticaire et stomatite précoce produits par un iodo-bismuthate de quinine (Urticaria y estomatitis precoz producidas por un yodobismutato de quinina), par Tomas Caro-Paton. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, mai 1931, p. 626.

L'auteur apporte le 6e cas d'urticaire observé à la suite d'injections d'iodo-bismuthate de quinine. Il incrimine plutôt la quinine que le métal.

Une stomatite alarmante, mais très fugace, ajoute une particularité curieuse à un cas déjà singulier. J. Margarot.

Sur la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles (Sobre la vulvovaginitis gonococica en las ninas), par Ricardo Bertoloty. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, mai 1931, p. 631.

Dans 25 o/o des cas, les vulvo-vaginites des petites filles sont dues à des germes saprophytes, au pneumocoque, à des bactéries pyogènes.

Toutes les autres sont causées par le gonocoque. Pratiquement, on peut dire que presque toutes les vulvo-vaginites sont gonococciques. Il est possible qu'il s'agisse d'un gonocoque différent de celui de la blennorragie de l'adulte.

Le plus souvent, la flore bactérienne ne reste pas pure, surtout dans les formes chroniques ; les infections secondaires sont fréquentes.

L'infection a peu de tendance à se propager, sauf peut-être à l'urèthre et au rectum.

En dépit de certaines guérisons spontanées, le traitement doit être méthodique et prolongé, car les rémissions et les récidives sont fréquentes. J. Margarot.

Eruption de tuberculides papulo-nécrotiques sur d'anciennes injections intradermiques de tuberculine (Brote de tuberculides papulonecroticas sobre antiguas inyenciones intradermicas de tuberculina), par A. Navarro Martin. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 8, mai 1931, p. 637.

Chez une malade de 26 ans, affectée simultanément d'érythème induré de Bazin et de tuberculides papulo-nécrotiques localisées exclusivement aux pieds et aux jambes, on institue (en outre des médications géné-

rales et de la diète de Gerson) un traitement par des injections intradermiques de tuberculine de Koch (1 ou 2 dixièmes de centimètre cube de la solution à 1 pour 100.000).

Les diverses lésions guérissent. Le traitement est interrompu.

Un mois après se produit une récidive. On voit reparaître l'érythème induré et les tuberculides des extrémités inférieures, mais, en même temps, se développe une éruption ayant tous les caractères des tuberculides papulo-nécrotiques. Elle occupe les avant-bras. On compte autant d'éléments que de piqûres et chacun d'eux a pour siège précis l'un des points où avaient été pratiquées les inoculations de tuberculine.

J. Margarot.

Revista Medica de Barcelona.

Système réticulo-endothélial et action chimiothérapique (Sistema reticuloendotelial y acciones quimioterapeuticas), par Carlos Cardenal et de Salas. *Revista Medica de Barcelona*, 8e année, t. XV, n° 88, avril 1931, p. 299.

L'auteur expose d'abord succinctement les notions récentes relatives au système réticulo-endothélial.

Il est essentiellement constitué de cellules conjonctives qui ont la faculté d'emmagasiner des granulations colorées et de phagocyter les éléments corpusculaires et colloïdes. De la même manière que s'accumulent les colorants dans les cellules du système, pénétreraient différents médicaments et en particulier le salvarsan.

Les expériences de Saxl et Donath montrent que l'injection d'une émulsion de graisse dans les veines de lapins ayant reçu au préalable une injection de néosalvarsan produit la mort par embolie et que, par contre, les animaux normaux tolèrent parfaitement cette émulsion.

Chez les animaux dont on a extirpé la rate et chez lesquels le système réticulo-endothélial est en partie exclu, la même injection entraîne également la mort.

Mermesheimer et Kloevekorn injectent une émulsion de graisse à des malades atteints de syphilis secondaire, traités ou non traités et à des sujets sains et contrôlent avec l'ultra-microscope la persistance des particules de graisse. Chez les sujets sains, elles disparaissent du sang plus vite que chez les sujets atteints de syphilis secondaire non soumis au traitement (ce qui prouverait une inhibition fonctionnelle du système réticulo-endothélial à la période secondaire de cette maladie).

La disparition est encore plus lente lorsqu'il s'agit d'individus soumis à un traitement mixte par le néosalvarsan et le bismuth. Dans un grand nombre de cas se produit après l'injection graisseuse un choc intense que les auteurs considèrent comme l'indice que la graisse n'a pas pénétré à l'intérieur du système réticulo-endothélial. On n'a pu encore expliquer l'état physique sous lequel le salvarsan s'accumulerait dans les cellules réticulo-endothéliales.

Cette accumulation dans une partie du système réticulo-endothélial des combinaisons aromatiques de l'arsenic, fait penser à une intervention possible de ce système dans l'action thérapeutique de ces mêmes combinaisons arsenicales.

Avant d'étudier ce second point, l'auteur passe en revue les principales hypothèses qui prétendent expliquer l'action thérapeutique du salvarsan et de ses dérivés. De toutes les expériences faites, les seules peut-être dans lesquelles on ait obtenu constamment une diminution de l'action chimiothérapique des arsenicaux, sont les spirochétoses. Dans les trypanosomiases, elles sont contradictoires et ne permettent aucune conclusion.

Au cours des spirochétoses, le blocage préalable du système réticulo-endothélial entraîne une évolution plus défavorable de la maladie.

Pour ses expériences, l'auteur a fait choix d'une affection, la syphilis du lapin, dont le cours ne se modifie pas avec le blocage du système réticulo-endothélial. Elle a une évolution chronique et on peut, par suite, mieux observer les phases du traitement. Enfin, il a utilisé des parasites ayant une même origine, de manière à éviter les différences de virulence du germe. Les lapins, inoculés avec les virus de Kuhn, sont atteints de sclérose initiale ou de syphilome primaire du testicule.

Pour réaliser le blocage, il injecte des colloïdes, de l'encre de Chine ou du collarsol et, dans quelques cas, pratique, par surcroît, l'extirpation de la rate.

Il a recherché si, après un blocage préalable, apparaissent des récidives avec des doses normalement stérilisantes ou si avec les doses normalement substérilisantes, les récidives respectives apparaissent plus rapidement que chez les animaux servant de contrôle.

Il aboutit aux conclusions suivantes :

1° Les doses de néosalvarsan considérées comme stérilisantes par Schlausberger dans la syphilis expérimentale du lapin, coïncident avec celles qu'a pu fixer l'auteur.

2° L'emmagasinement par le système réticulo-endothélial d'une suspension colloïde comme l'encre de Chine ne produit dans les syphilis expérimentales du lapin (affection dont l'évolution n'est pas altérée par le blocage du système réticulo-endothélial) aucune modification dans l'intensité thérapeutique du néosalvarsan.

3° L'extirpation préalable de la rate, avec injection d'encre de Chine, permet de porter les mêmes conclusions.

4° Étant donné nos connaissances sur la signification de l'exclusion totale ou du blocage du système réticulo-endothélial, on ne peut en l'état actuel démontrer par cette méthode l'intervention dudit système réticulo-endothélial dans l'action chimiothérapique des combinaisons aromatiques de l'arsenic. J. Margarot.

The American Journal of Syphilis (Saint-Louis).

Le cycle apparent des tréponèmes et les formes granuleuses dans les ganglions syphilitiques (The apparent sequence of spirochetes and granular forms in syphilitic buboes), par Warthin et Olsen. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, nº 2, avril 1931, 16 fig.

Il ne paraît plus douteux actuellement qu'il existe un cycle évolutif du tréponème pâle et il est dès lors important d'étudier les rapports des divers stades de ce cycle avec les lésions histologiques, les manifestations cliniques et la sérologie.

W. et O., utilisant leur technique spéciale de coloration argentique, ont déjà décrit des formes tréponémiques incurvées, annulaires et granuleuses dans des lésions nécrotiques des parois aortiques.

Ils décrivent actuellement d'autres formes qui, en raison de leur présence constante dans certaines lésions syphilitiques et leur affinité spéciale pour les colorants argentiques, ne peuvent être interprétées différemment.

La *forme annulaire et polymorphe* existe, en dehors des lésions nécrotiques spéciales de l'aorte, dans les chancres, les ganglions, les lésions secondaires, les lésions tardives du cœur. On la trouve aussi dans les cellules plasmatiques péri-vasculaires et dans les lymphocytes des infiltrats. Sous cette forme, les tréponèmes sont intra- ou extra-cellulaires ; ces derniers paraissent avoir été libérés par des cellules détruites. Leur habitat principal est dans les cellules endothéliales des capillaires ; c'est là qu'il faut les chercher lorsqu'on n'en trouve pas ailleurs.

En dehors de ces formes plus ou moins annulaires ou irrégulièrement étoilées, W. et O. décrivent des *petits spirochètes*, ténus, filamenteux, n'ayant que 2 à 4 spires lâches ; les plus petits ont de 2 à 8 microns de long ; ils sont intra- ou extra-cellulaires, isolés ou agglomérés, mais en nombre si considérable dans les lésions en activité qu'on ne peut négliger leur valeur diagnostique.

Dans les lymphocytes des infiltrats syphilitiques, en particulier dans ceux des chancres, des ganglions lymphatiques, des lésions amygdaliennes, on constate la présence de petits granules (*granules lymphocytaires*) situés sur un des côtés du noyau.

Dans les cellules géantes des ganglions et des amygdales, on trouve des formes granuleuses ou des petits tréponèmes ; les cellules géantes des gommes n'en contiennent que rarement.

La forme annulaire polymorphe ou ronde des tréponèmes est la plus commune, on la trouve dans toutes les lésions syphilitiques. La forme granuleuse, particulière aux lymphocytes, se trouve dans tous les tissus lymphoïdes au début de la syphilis, rarement plus tard. Des petits tréponèmes et des formes granuleuses existent dans les cellules géantes des lésions en résolution, mais rarement dans les cellules géantes des gommes.

S. Fernet.

The Journal of the American Medical Association (Chicago).

Procédé de stabilisation des dilutions de tuberculine (The keeping quality of tuberculin dilutions), par PILCHER. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, n° 22, 30 mai 1931, p. 1868.

On sait que les solutions diluées de tuberculine perdent rapidement leur activité. Pour remédier à cet inconvénient, P. conseille de les additionner d'une solution aqueuse à 0,2 o/o de tricrésol.

S. FERNET.

Le traitement de la vaginite due au Trichomonas vaginalis (The treatment of Trichomonas vaginalis vaginitis), par GREENHILL. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVI, n° 22, 30 mai 1931, p. 1868.

Le *Trichomonas vaginalis* est un protozoaire pyriforme, flagellé, très mobile, un peu plus grand qu'un polynucléaire. On le voit aisément sans aucune coloration dans les sécrétions vaginales des femmes qui présentent cette vaginite spécifique. L'affection est le plus souvent méconnue, mais paraît être fréquente à tous les âges et au cours de la grossesse. Elle est caractérisée par une sécrétion purulente jaune verdâtre, fétide, s'accompagnant d'une sensation de brûlure et de prurit. La muqueuse est rouge et dépolie. Il est rare de constater la présence des *T. vaginalis* dans les matières de ces malades, il n'est donc pas certain que l'infection vaginale ait son origine dans l'intestin ni même que ce parasite soit identique à celui de l'intestin. Le traitement est essentiellement antiseptique : décapage de la muqueuse avec une teinture de savon vert, lavages au sublimé, à la résorcine, au mercurochrome, etc. Les récidives sont fréquentes surtout au moment des périodes menstruelles.

S. FERNET.

Carotinémie consécutive à un régime restrictif (Carotinemia resulting from restricted diet), par LEVIN et SILVERS. *The Journal of the American Medical Association*, 27 juin 1931, p. 2190.

L. et S. citent deux observations qui montrent que la carotinémie peut s'observer en dehors du diabète et simplement à la suite de régimes végétariens exclusifs. Il s'agit de deux femmes qui, pour maigrir, avaient suivi des régimes restrictifs composés uniquement de végétaux. Elles présentaient une coloration jaune-orange de la face, du cou, des paumes des mains et des plantes des pieds.

Cette affection, dont le pronostic est bénin et la guérison relativement rapide, ne s'accompagne d'aucun symptôme subjectif. La confusion possible avec l'ictère constitue son principal intérêt, mais la localisation de la pigmentation est différente, les sclérotiques ne sont jamais teintées, les muqueuses, sauf quelquefois le palais, restent normales ; il n'y a ni prurit ni aucun malaise.

Les aliments qui contiennent la carotine sont surtout : les carottes, les citrouilles, les navets, les panais, les épinards, la laitue, les haricots,

les oranges, les choux, les œufs. Pour produire la carotinémie, le régime doit être exclusivement végétarien.

La séparation des pigments biliaires et de la carotine peut être effectuée dans le sang grâce à leur solubilité différente dans l'alcool, la bilirubine étant soluble dans l'alcool à 64 o/o et la carotine dans l'alcool à 96 o/o ; lorsque la séparation est effectuée, ces substances peuvent être reconnues par leurs réactifs spéciaux.

S. Fernet.

The Urologic and Cutaneous Review (Saint-Louis).

Bromides végétantes ; guérison rapide à la suite d'injections intraveineuses de chlorure de sodium (Vegetating bromoderma ; rapid recovery following use of intravenous injections of sodium chloride), par Diasio. *The Urologic and Cutaneous review*, juin 1931, p. 350.

Description d'un cas de bromides végétantes chez une névropathe de 48 ans. Guérison rapide à la suite d'injections intraveineuses de 300 centimètres cubes de solution décinormale de chlorure de sodium pratiquées tous les trois jours, l'absorption de pancréatine et d'acide chlorhydrique dilué.

S. Fernet.

Il Dermosifilografo (Turin).

Observations sérologiques sur la syphilis, par F. Sebastiani. *Il Dermosifilografo,* 5e année, n° 7, juillet 1931, p. 377. Bibliographie.

L'auteur, en présence des discussions — sur lesquelles l'accord paraît loin d'être réalisé — sur la valeur relative des différents procédés d'examen sérologique dans la syphilis, a entrepris une série de recherches dans lesquelles il a pris comme critère de la valeur des réactions le critère clinique. Il a éprouvé ainsi, selon cette conception, la réaction de Bordet-Wassermann, la réaction de Sachs-Georgi, la réaction de Meinicke, celle de Sachs-Klopstok et celle de Dalla-Volta et Benedetti. Ces recherches l'amènent à conclure que les trois critères fondamentaux qui doivent guider le médecin dans la découverte de la syphilis, latente ou ignorée, c'est-à-dire le critère clinique, le critère sérologique, et le critère thérapeutique, forment un tout indivisible, chacun d'eux étant l'auxiliaire et la confirmation de l'autre.

Il conclut également que les réactions sérologiques, même les plus simplifiées, ne sont pas à la portée de tous les praticiens mais, pour le moment, doivent être du domaine exclusif des laboratoires de sérologie, et que le sang du patient doit toujours être éprouvé, non seulement avec la réaction de Bordet-Wassermann, mais aussi avec une réaction de floculation en donnant la préférence sur toutes les autres, au moins pour le moment, à la réaction de Meinicke.

Belgodere.

Syndrome cutané à type d'épidermolyse bulleuse et d'hydroa vacciniforme avec porphyrie, par Pier Angelo Meineri. *Il Dermosifilografo*, 5e année, no 7, juillet 1931, p. 389, 12 fig. Bibliographie.

Avant d'entreprendre l'étude du malade qui fait l'objet de ce travail, l'auteur résume les principales caractéristiques de l'hydroa vacciniforme et de l'épidermolyse bulleuse, faisant ressortir les points de contact que certains cas décrits sous l'une ou l'autre dénomination peuvent présenter. Le cas qu'il rapporte dans ce travail appartient peut-être à cette catégorie.

Il s'agit d'un enfant de 5 ans, dans les antécédents familiaux duquel on ne relève rien d'autre qu'une tuberculose pulmonaire de la mère qui mourut peu de mois après la naissance de son enfant.

Depuis un an, cet enfant présente, d'une manière intermittente, çà et là sur la peau des parties découvertes, des formations bulleuses, qui se rompent facilement en laissant des abrasions qui se couvrent de croûtelles séro-hématiques. Puis, consécutivement, on observe des dépressions de l'épiderme qui peuvent simuler des cicatrices consécutives aux pustules de variole, et des groupes de kystes épidermiques.

En étudiant avec attention la morphologie, l'évolution de la dermatose et l'histologie pathologique, il en résulte que les formations bulleuses ne sont que des phénomènes secondaires et transitoires, tandis que la véritable et primitive altération cutanée est constituée surtout par la faible adhérence de l'épiderme avec le derme, qui peut facilement se mettre en évidence par un énergique coup d'ongle. Cette laxité s'accompagne d'une augmentation de pigment et d'hypertrichose. Ces lésions sont limitées à la peau des parties découvertes (peau de la tête, du cou, des avant-bras, des mains et des jambes).

Il s'agirait donc, si ces éléments existaient seuls, d'une épidermolyse bulleuse typique.

Mais si on poursuit plus avant l'observation et si l'on étudie la pathogénie de cette dermatose, il apparaît que l'enfant est en outre atteint d'une intense porphyrie (urine foncée, examen spectroscopique positif, dents de première dentition de couleur rouge brique) et que les altérations qui portent à la fragilité de la peau sont occasionnées par la lumière solaire.

Ces observations permettent de s'orienter vers le diagnostic d'hydroa vacciniforme, avec des caractères cependant qui ne correspondent pas tout à fait avec ceux qui ont été indiqués par Bazin, mais qui de toute manière nous portent dans le domaine des dermatoses dues à la lumière, qui désormais comprend des dermatoses d'aspect clinique très varié.

Nous sommes donc en présence d'une labilité cutanée produite par la lumière, labilité qui rend possible la formation de bulles à la suite d'un traumatisme quelconque ; ensemble de caractères qui donne un grand intérêt à la dermatose en question, et qui nous porte à conclure que parfois, entre des tableaux morbides que la classification sépare complètement les uns des autres, il y en a certains qui ne peuvent être

complètement encadrés dans l'une ou l'autre catégorie en raison de certains caractères qu'ils ont en commun. BELGODERE.

Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia (Milan).

Sur la présence de cellules endothéliales dans le sang circulant dans des districts cutanés atteints de dermatoses, par G. CHIALE. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 587, 23 fig. Bibliographie.

Ce travail a pour point de départ des recherches récentes, qui ont montré, dans de nombreuses conditions morbides et particulièrement dans l'endocardite à marche lente, la présence de cellules endothéliales dans le sang circulant et la participation des vaisseaux cutanés à la genèse de celles-ci.

L'auteur résume d'abord l'histoire de ces recherches, précise la position que les éléments endothéliaux occupent dans la systématisation du tissu conjonctif, rappelle les théories diverses sur leur genèse, leur signification dans la crase normale et pathologique du sang, les conditions cliniques et expérimentales qui en influencent les caractères.

C. a tout d'abord recherché ces éléments sur 20 sujets atteints de dermatoses diverses, au moyen d'un examen du sang prélevé au lobule de l'oreille et à la veine du bras, celui-ci étant traité ensuite par la technique de l'enrichissement. Il put ainsi affirmer que, suivant une telle modalité, le sang présente un nombre de cellules endothéliales qui ne dépasse pas celui qui est considéré par certains auteurs comme physiologique. De ces cellules (cellules endothéliales proprement dites, cellules endothéliales de type lymphocytoïde, cellules endothéliales de type monocytoïde, respectivement dans les proportions de 50, 40, 10 o/o), l'auteur donne une description morphologique détaillée, appuyée par des microphotographies. Dans un second groupe de 50 individus atteints de dermatoses diverses, on rechercha les cellules endothéliales sur les placards même des dermatoses, en observant les modifications que pouvait amener dans la formule leucocytaire, la manœuvre du frottement, généralement utilisée par les hématologistes dans ce genre de recherches. Ensuite furent confrontées les constatations ainsi obtenues avec celles obtenues dans les mêmes conditions avec le sang prélevé au lobule de l'oreille. Vingt fois les déterminations furent répétées après l'injection hypodermique d'adrénaline (expression de la rate). Ces recherches ont confirmé l'absence ou l'extrême rareté (1-2 o/o) et l'invariabilité du test des cellules endothéliales dans le sang prélevé du lobule, avec ou sans friction. Inversement, l'examen du sang obtenu sur des placards de dermatoses a montré un pourcentage élevé de cas (70 o/o) dans lesquels les cellules endothéliales étaient en proportion certainement supérieure à la normale, c'est-à-dire 4-7 o/o. La manœuvre de la friction dans les cas positifs détermina assez souvent (68 o/o) une augmentation de ces cellules. Examinant et discutant l'ori-

gine des éléments observés, l'auteur estime devoir en admettre la genèse locale périphérique en se basant sur des données cliniques (absence d'hyperplasie de la trame profonde du tissu réticulo-endothélial) hématiques (extrême rareté dans la circulation veineuse générale, présence presque constamment en proportion supérieure à la normale dans les placards de dermatoses, augmentation après la friction, présence de petits lambeaux pluri-cellulaires) et histologiques, ces dernières représentées par les altérations surtout vasculaires rencontrées sur des lambeaux de peau qui avaient déjà été l'objet de recherches. Ces altérations conduisent à admettre un état d'endothélite de laquelle l'altération hématique est l'expression. De semblables conditions peuvent, avec juste raison, prendre place parmi les réticulo-endothélioses secondaires symptomatiques, d'origine périphérique.

BELGODERE.

Des érythèmes annulaires centrifuges et des formes similaires, par G. SANNICANDRO. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 608, 14 fig. Bibliographie.

Après avoir étudié l'état actuel de la question de l'érythème chronique mobile de Lipschutz, et de l'érythème annulaire centrifuge de Darier, l'auteur passe à la description de trois cas qui se sont offerts à son observation, analogues à l'érythème annulaire centrifuge pour ce qui concerne l'aspect morphologique des éléments éruptifs, mais qui en diffèrent par les caractères évolutifs des différents éléments et de l'éruption considérée dans son ensemble.

Le premier cas concerne une femme de 27 ans, affectée d'un éruption d'éléments annulaires et bulleux, ayant eu pour point de départ des taches érythémato-papuleuses hémorragiques centrifuges étendues à la tête, aux membres supérieurs et inférieurs. L'éruption récidive à intervalles irréguliers et s'accompagne de fièvre irrégulière, avec ascensions vespérales. Histologiquement, on trouve une dilatation des vaisseaux papillaires et sous-papillaires, œdème, réaction inflammatoire et infiltration cellulaire péri-vasculaire du réseau superficiel et profond.

Dans le second et le troisième cas, calqués parfaitement l'un sur l'autre, il s'agit d'une éruption qui atteint les extrémités inférieures et qui est caractérisée par des éléments érythémateux, érythémato-bulleux, qui se résolvent au centre et ont une extension centrifuge avec un cercle papuleux hémorragique, en couronne de rosaire, et guérissent en laissant une tache atrophico-cicatricielle dépigmentée.

L'éruption récidive à intervalles irréguliers et n'est pas accompagnée de fièvre, ni de troubles généraux.

Histologiquement, on trouve un œdème sous-épidermique, une infiltration compacte du derme superficiel, moyen et profond, et autour des follicules pilifères, une homogénéisation du tissu conjonctif au sein des infiltrats, le tissu élastique réduit dans le derme superficiel et moyen, présent dans le derme profond ; ultérieurement, amincissement de l'épiderme, tissu conjonctif épaissi, pauvre en cellules.

L'auteur considère que ces trois cas sont différents de l'érythème annulaire centrifuge, et de l'érythème chronique migrant et d'autres formes morbides qu'il examine en discutant le diagnostic différentiel. Il estime cependant que le premier cas se détache du second et du troisième, auxquels, en l'absence de notions étiologiques, il pense que convient mieux le terme de dermatite érythémato-bulleuse hémorragique chronique centrifuge (premier cas) et de dermatite érythémato-papuleuse hémorragique atrophico-cicatricelle chronique centrifuge, dénominations qui rappellent les aspects évolutifs des éruptions.

Belgodere.

Lichen scléreux et sclérodermie lichénoïde, par Vercellino. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 654, 1 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit deux cas de lichen scléreux primitif et un de sclérodermie circonscrite lichénoïde. Dans les deux premiers cas, il a pu constater l'apparition de lésions élémentaires à type apparemment sclérotique depuis leur début, ce qui confirme l'existence d'un lichen scléreux d'emblée ; de plus, dans le premier cas, il convient de remarquer que l'apparition de la dermatose a coïncidé avec la cessation des règles et en outre la présence d'aires vitiligineuses étendues dérivant de la confluence et de la régression des efflorescences de lichen scléreux.

Dans le troisième cas, la coïncidence d'une sclérodermie lichénoïde avec une morphée typique est particulièrement digne de remarque, en ce que, non seulement elle a permis de faire le diagnostic de sclérodermie lichénoïde en opposition à celui de lichen scléreux, mais encore parce qu'elle démontre l'existence de cette variété particulière de sclérodermie circonscrite qui constitue un anneau de la chaîne d'union entre cette dernière et le lichen scléreux primitif.

Belgodere.

Les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par le thallium (IVe note : Les altérations de la névroglie), par E. Cortella. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 662, 8 fig.

L'auteur traite des altérations de la névroglie dans l'intoxication par le thallium. Les lésions rencontrées ne sont pas importantes comme celles des cellules et des fibres, et cela parce que la névroglie réagit lentement vis-à-vis des processus toxiques et inflammatoires : elles consistent en faits de désintégration des prolongements astrocytaires.

L'auteur conclut en affirmant que le thallium, même à doses très petites, provoque des processus dégénératifs sur les éléments nerveux des rats, lesquels seraient les premiers à ressentir l'action du métal.

Il discute sur les différentes théories émises pour expliquer l'alopécie du thallium et croit qu'on ne peut pas parler d'une action locale du métal s'exerçant sur le follicule pilifère.

Se basant sur les constatations faites dans des expériences précédentes

de lésions rencontrées aux dépens des fibres nerveuses qui se détachent de la moelle, il pense que les nerfs périphériques peuvent être altérés et parmi ceux-ci même ceux qui entourent le collet du poil, qui dépendent en partie du système nerveux central. C'est dans ce sens qu'il croit utile de continuer les recherches. BELGODERE.

Phénomène de Kobner et pathogénie du psoriasis, par Italo LEVI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia,* 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 667, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur, après avoir passé rapidement en revue les auteurs qui se sont le plus intéressés à l'étude du psoriasis artificiellement produit, rapporte en détail les différentes théories pathogéniques du psoriasis, surtout celles qui peuvent être mises en rapport avec la genèse du phénomène de Kobner. Il passe ensuite à l'exposé de ses expériences personnelles faites sur 26 cas dans lesquels il a tenté de provoquer le phénomène de Kobner, obtenant dans 7 cas des résultats positifs et dans 16 cas des résultats négatifs (3 cas ne furent pas revus).

L'auteur, après avoir insisté sur les altérations histologiques et les anomalies pigmentaires dans le psoriasis artificiel, de même que sur les constatations histologiques dans les zones de peau en apparence saine des psoriasiques, discute la genèse du phénomène de Kobner en se basant sur les résultats de ses observations personnelles.

Il admet (en motivant son point de vue) la concomitance nécessaire de 3 facteurs pour que puisse se manifester le phénomène irritatif isomorphe.

Le premier serait le facteur constitutionnel (facteur constant) ; le second, un facteur endogène probablement de nature variable (facteur occasionnel) ; le troisième facteur serait donné par les altérations cutanées produites par un traumatisme (lésion vasculaire ?).

Enfin, il énumère les différentes dermatoses dans lesquelles on peut observer le phénomène irritatif isomorphe, faisant remarquer cependant que, en dehors du psoriasis et du lichen, dans les autres dermatoses font défaut certaines des caractéristiques qui distinguent le phénomène de Kobner dans le psoriasis. L'auteur conclut que, malgré les diverses théories pathogénétiques, parmi lesquelles celles de Kyrle-Lipschutz et celle de Samberger lui paraissent les plus dignes d'être prises en considération, nous ignorons encore avec précision à travers quel mécanisme pathogénique vient à se former la tache psoriasique.

BELGODERE.

Considérations sur la pathogénie de la kératodermie blennorragique, par SCOMMAZZONI. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 716, 7 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit au point de vue clinique et histologique un cas typique de kératodermie blennorragique apparue chez un homme atteint d'uréthrite chronique, qui persistait depuis plus de dix ans, compli-

quée de prostatite et d'arthrite du genou et des articulations tibio-tarsiennes des deux pieds, ayant récidivé déjà plusieurs fois.

Il traite la question de l'étiologie des formes arthro-kératodermiques, rappelant les comparaisons et les analogies, en particulier avec le psoriasis arthropathique, et il discute d'une manière plus générale la question de la pathogénie. De l'examen des observations et des expériences de divers auteurs antérieurs non moins que de l'observation clinique rapportée et du résultat des différentes expériences exécutées dans le cas présent, l'auteur exprime l'opinion que les formes kératodermiques gonococciques doivent être considérées comme de nature allergique cutanée. Dans le cas rapporté, des troubles endocrino-sympathiques, causés vraisemblablement par l'action du gonocoque et de ses toxines, révélés en partie par les données cliniques, en partie par le résultat des épreuves pharmaco-dynamiques, auraient créé un terrain favorable à l'établissement de la sensibilisation. L'administration parentérale de nouvelles toxines gonococciques (vaccin curatif) aurait déchaîné les manifestations allergiques, c'est-à-dire l'exanthème hyperkératosique. La sensibilisation de la peau par les gonocoques et par leurs toxines serait prouvée par le résultat positif de cutiréactions avec le pus gonococcique et d'intradermo-réactions avec le vaccin gonococcique. La négativité de la recherche des gonocoques dans les frottis de matériel prélevé sur les lésions pustuleuses récentes et la négativité des cultures du sang devraient également être attribuées à la présence d'anticorps spécifiques, sessiles, cellulaires, ou circulant dans les humeurs.

Belgodere.

Sur la résistance « in vitro » du gonocoque isolé de l'individu traité par des injections d'urotropine, par Elio Sechi. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931, p. 735.

L'auteur étudie l'action de l'urotropine sur le gonocoque isolé de l'individu en traitement, et en fait ressortir l'inefficacité par comparaison avec l'action énergique exercée par la trypaflavine.

Belgodere.

Sur le traitement auro-arsénobenzolique du lupus érythémateux (Aurojacol), par Pino Pinetti. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilologia*, 66e année, vol. LXXII, fasc. 3, juin 1931. Bibliographie.

L'auteur a expérimenté le traitement mixte, auro-arsénobenzolique du lupus érythémateux sur 16 patients en utilisant l'*Aurojacol*. La tolérance fut bonne chez 14 sujets ; les résultats furent satisfaisants (56 o/o de guérisons, 25 o/o d'améliorations notables, 19 o/o de résultats négatifs).

Au point de vue de l'étiologie du lupus érythémateux, l'auteur fait ressortir la coexistence du paludisme dans 40 o/o des cas et il croit que, parmi les causes possibles du lupus érythémateux, on peut également envisager cette affection. Belgodere.

Bulletin international de l'Académie polonaise des Sciences et des Lettres (Cracovie).

Sur les altérations histologiques de la peau et du tissu adipeux souscutané dans l'athrepsie (Ueber histologische Veränderungen der Haut und des Unterhautfettgewebes bei Pädatrophie), par A. Straszynski. Tiré à part du *Bulletin international de l'Académie polonaise des Sciences et des Lettres*, classe de médecine, octobre 1930, p. 247, 14 fig. en 7 planches hors-texte. Cracovie.

Dans cette plaquette de 48 pages, S. étudie les lésions de l'athrepsie de Parrot ou pédatrophie. Il retrace l'historique de cette dégénérescence étudiée cliniquement pour la première fois par Parrot, puis par Czerny, Keller, Finkelstein en Allemagne. L'athrepsie est un trouble de la nutrition qui porte sur le métabolisme de l'eau (déshydratation) et des graisses, sans modification des échanges hydrocarbonés. Quant aux lésions histologiques, elles étaient considérées autrefois comme une disparition du tissu adipeux et n'ont pas été suffisamment étudiées. Du reste, le tissu adipeux est resté longtemps une forme fonctionnelle du tissu conjonctif et sa pathologie est demeurée inexplorée. Flemming (1871) en a décrit les modifications apparentes, dont le terme dernier serait la Wucheratrophie, caractérisée par la disparition totale ou presque, de la graisse et par la multiplication des cellules qui prennent l'aspect des cellules conjonctives. Cette Wucheratrophie a été retrouvée dans maintes affections. En 1913, Maximow, le premier, montre que cette conception conjonctive ne correspond pas du tout à la réalité ; mais c'est surtout à F. Wassermann qu'on doit une connaissance plus précise du tissu adipeux. Wassermann montre qu'on retrouve dans l'embryon l'organe graisseux primitif sous la forme d'un syncitium mésenchymateux qui fonctionne à la fois comme centre sanguiformateur et comme ébauche du tissu graisseux. La graisse ne se dépose pas dans les cellules, mais dans le syncitium en son entier. La double fonction de l'organe de la graisse persiste toute la vie (cf. la moelle osseuse). Le lobule graisseux a une structure réticulée semblable à celle des organes hématopoïétiques. Il peut emmagasiner ou libérer de la graisse : c'est un véritable organe. Graisse jaune et graisse brune ont même origine ; dans cette dernière, les cellules sont libres (lipoblastes vrais) et la graisse y est intraprotoplasmique. Partant de ces données, S. a étudié chez 14 enfants de 2 à 5 mois les lésions de l'athrepsie. Dans l'épiderme, outre le plissage très marqué, S. a constaté un épaississement de la corne, qui s'accumule dans les follicules ; un amincissement général des autres couches épidermiques et une disposition moins régulière de la basale. Le derme est dans son ensemble aminci ; les faisceaux conjonctifs amincis, agglomérés entre eux, paraissent plus riches en noyaux ; les fibres élastiques, moins colorables, sont plus abondantes dans les couches superficielles. Pas de tissu élastique dans la trame des lobules. Aucun signe d'inflammation. Toutes les altérations

constatées sont liées à la déshydratation de l'organisme. Les lésions caractéristiques siègent dans le tissu adipeux sous-cutané. A la place des nappes graisseuses normales, on voit des formations ovales, rondes ou annelées. Ces formations, lobules graisseux altérés, sont constituées par un riche réseau capillaire et une agglomération de noyaux ; le soudan décèle de rares gouttelettes de graisse. Les modifications du lobule commencent à la périphérie. L'étude structurale du lobule altéré montre qu'il est constitué par un certain nombre de cellules munies d'un noyau bien visible, d'un protoplasma cireux et d'une membrane cellulaire bien tranchée. Par l'orcéine neutre ou la coloration de Bielschowsky-Maresch, on s'aperçoit que cette membrane n'appartient pas à la cellule, mais fait partie d'un réseau fibrillaire qui parcourt le lobule. Ce réseau ne contient pas de fibres élastiques, mais il est riche en Gitterfasern. Ce réseau fibrillaire est à comparer au tissu réticulaire de la rate, des ganglions et de la moelle osseuse. Il est à séparer absolument du tissu conjonctif, qui entoure le lobule à la façon d'une capsule et y envoie des prolongements, sans toutefois participer à son édification.

Dans les mailles de ce réseau fibrillaire, on voit des cellules ramifiées, anastomosées entre elles ; elles forment ce réseau. Les colorations appropriées peuvent déceler dans leur protoplasma des gouttelettes graisseuses. Quand celles-ci s'accumulent, le noyau est repoussé sur la paroi du réticulum ; d'où l'aspect de membrane que l'on décrit. L'amaigrissement rétablit la situation et les rapports véritables du noyau et la structure réticulée du lobule. Le réseau capillaire dense du lobule graisseux devient très apparent.

La structure réticulée du lobule ressemble à celle des principaux organes du système réticulo-endothélial (rate, ganglion, moelle osseuse). A l'appui de cette assimilation viennent les surcharges graisseuses si souvent constatées au niveau de ces organes. Les constatations de S. confirment les conceptions de F. Wassermann, qui fait du lobule graisseux un organe réticulo-endothélial préposé aux échanges des corps gras. Dans l'athrepsie, il y a dégraissage complet du lobule et réapparition de la structure et des propriétés embryonnaires : la multiplication des noyaux est proportionnelle à la disparition de la graisse ; elle est à son extrême dans l'athrepsie, où le lobule n'est plus constitué que par une accumulation de noyaux. Cette multiplication nucléaire est une réaction de défense du tissu mésenchymateux.

L'athrepsie est la conséquence d'une diminution de tout le système réticulo-endothélial, dont les facultés d'assimilation cellulaire sont amoindries ; d'où l'altération profonde des échanges.

La peau, par son réseau « tropho-mélanique » et son tissu adipeux sous-cutané, constitue donc un organe véritable, tout comme le foie, la rate, la moelle osseuse et les ganglions ; ses fonctions sont variées : elles intéressent surtout les processus d'immunité et de la nutrition générale.

Bibliographie. Utile à lire dans l'original. L. CHATELLIER.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Sur l'étiologie des « nodules des trayeurs », par A. P. Dolgoff et M. A. Morosoff (Moscou). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 338-353, avec 2 photographies et 9 microphotographies.

D. et M. décrivent une affection rare qu'ils ont étudiée durant ces 2 dernières années à Moscou, à Serpoukhov et dans leurs environs.

Elle consiste en nodules au nombre de 1 à 15, localisés le plus souvent au dos des mains et des doigts, plus rarement aux avant-bras, faces latérales des doigts, plis interdigitaux et, dans un cas, même au dos du nez. Ils ont observé 30 cas, dont 11 en clinique. Morphologiquement, les nodules étaient ronds, hémisphériques, indolores, de 2, 3 à 15 millimètres de diamètre. Au stade précoce, ils sont rose pâle, rénitents, rappelant une bulle, mais ne renferment pas de liquide. Plus tard, à la période d'état, ces nodules sont violacés, leur centre est déprimé et leur périphérie porte une bordure rose. Les éléments jeunes et récents peuvent s'infecter et se transformer en furoncles, abcès, ecthyma, etc. L'affection est purement locale, dure de 1 à 1 mois ½, puis disparaît, en laissant une pigmentation durable.

Chaque fois, à part les sujets malades, les auteurs ont étudié les conditions de leur travail et ils sont arrivés à démontrer que ces nodules se développent chez les trayeurs de vaches qui, à leur tour, ont également été étudiés. L'étude a démontré que les éruptions sous forme de papules rose pâle, de la dimension d'une pièce de un franc, recouvertes de croûtes grisâtres et épaisses qui ont été constatées sur les pis des vaches examinées sont identiques à la « paravaccine » de Pirquet et à la « vaccine rouge » des auteurs français. Les « nodules des trayeurs » se distinguent cliniquement et par la marche des éruptions vaccinales vraies. Ces nodules ne sont pas non plus provoqués par la variole des vaches, selon l'opinion des vétérinaires consultés. Les recherches cliniques, étiologiques et expérimentales montrent que les « nodules des trayeurs » sont produits par une zoonose particulière des vaches, qui n'a pas été décrite jusqu'ici. Vu l'identité étiologique de cette épizootie autonome des vaches avec la paravaccine de Pirquet, les auteurs proposent de l'appeler également la paravaccine. Chez les hommes et les vaches malades, on a trouvé les petits corpuscules arrondis disposés sous forme de diplocoque (strongyloplasme) décrits par Lipschütz. Microscopiquement, le strongyloplasme de la paravaccine de Lipschütz ressemble aux corpuscules de Paschen, mais à l'inoculation du matériel examiné sur la cornée du lapin (épreuve de Paul), la paravaccine ne provoque pas de kératite, ce qui démontre l'absence de virus vaccinal. La paravaccine élabore chez l'homme et la vache une immunité passagère envers cette maladie, mais pas envers la vaccine. Vice-versa, la vaccine ne préserve pas contre la paravaccine. Le produit de raclage des éléments de paravaccine de la vache conservé durant 3 mois dans

la glycérine à 80 o/o à la glacière restait encore virulent, ce qui parle en faveur de la possibilité de transmettre la paravaccine par hasard aux personnes qu'on vaccine, car la vaccine des vaches peut involontairement être souillée par la paravaccïne. La paravaccine présente une grande signification scientifique et pratique, étant provoquée par un virus filtrant et pouvant simuler la vaccine lors de la vaccination. La paravaccine, étant douloureuse, agace le bétail et rend la traite difficile, elle abaisse la quantité de lait fourni. Les auteurs préconisent d'isoler le trayeur malade des vaches saines jusqu'à la guérison des nodules, d'isoler les vaches malades, d'observer une propreté méticuleuse avant et après le contact des trayons et d'instaurer une hygiène rigoureuse des étables.

Les auteurs continuent encore leurs études intéressantes et espèrent prouver que la « varicelle », que la « variole verruqueuse », « plate » et « de pierre » observées chez les chèvres et les brebis sont également, au point de vue étiologique, de la paravaccine.

BERMANN.

La classification dynamique des formes de la lèpre, par W. N. KOUSNETZOFF (Krasnodar). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, no 4, avril 1931, pp. 355-362.

La classification actuelle des formes cliniques de la lèpre basée sur la morphologie présente un gros défaut par le fait qu'à côté des variétés tuberculeuse et nerveuse ou maculo-anesthésique existe aussi la variété mixte, fréquente surtout au début de la maladie.

K. trouve que la classification des formes de la lèpre doit être remaniée et propose le principe dynamique pour base, car ce n'est qu'alors qu'on pourra être fidèlement renseigné sur l'état du malade, son traitement et la nécessité de son isolement, etc.

La classification dynamique est guidée par la division de la lèpre en 4 périodes ou stades que l'auteur analyse en détail. Les voici :

La période primaire ou latente (Lp. I) dure 2 à 5 ans et dépend du mode d'infection. En cas d'inoculation directe, elle peut n'être que de 6 mois. A ce stade on ne trouve pas d'accident cutané ou muqueux, mais les bacilles de la lèpre peuvent être décelés dans le mucus du nez, les ganglions lymphatiques et le lobule de l'oreille. Plus tard, mais pas toujours, se développent des signes prodromiques, tels que la rhinite sèche, certaines adénopathies, diverses sensations paresthésiques ou névralgiques, l'œdème de la face ou des membres inférieurs, des céphalées, la fièvre avec faiblesse, le pemphigus, les troubles de la sudation. A la période primaire, grâce à des soins énergiques, généraux et locaux, à l'isolement, le malade peut réaliser une immunité et sa maladie peut être enrayée.

La période secondaire ou floride (Lp. II) se subdivise en formes bénigne et maligne. Elle est caractérisée par des manifestations cutanées peu typiques et rendant le diagnostic difficile et qui s'accentuent

progressivement. La forme bénigne est celle où les lépro-bacilles ne se décèlent pas ou rarement et où les signes extérieurs ne montrent pas de tendance à l'exacerbation, les forces défensives luttant avec succès contre l'infection. Cette période peut durer longtemps et nécessite surtout un traitement ambulatoire, rarement hospitalier. Sous l'influence de conditions défavorables, le malade peut réagir par la fièvre et la généralisation des accidents qui indiquent le passage à la forme maligne qui peut être brève et amener la mort. Les excès divers, les traumatismes, les émotions, le refroidissement, peuvent aggraver l'état du malade et le rendre très dangereux pour l'entourage à cause du grand nombre de microbes qu'il élimine à ce stade. Le malade doit être interné et traité énergiquement d'une manière individuelle. A part les accidents cutanéo-muqueux et nerveux, on rencontre fréquemment des complications oculaires pouvant s'aggraver par un traitement intempestif ou non prudent.

La période secondaire se transforme graduellement en période tertiaire (Lp. III) lorsque les aggravations font presque défaut. Le malade n'est pas contagieux pour l'entourage et peut guérir. La guérison est considérée comme stable après 4 ans d'absence de signes cliniques et bactériologiques.

Certains malades arrivent encore à la période quaternaire (Lp. IV) qui s'observe rarement. Les malades ne sécrètent plus de bacilles, mais ce sont des sujets mutilés des extrémités, des yeux, avec des atrophies musculaires, aphones, avec des anesthésies étendues. Ces malades n'ont plus besoin de traitement, mais d'assistance. Ils doivent être isolés dans des léproseries spéciales, car leur présence dans les léproseries communes agit d'une manière déplorable sur les lépreux jeunes, frais et vigoureux encore. L'auteur avoue que sa classification a besoin encore de perfectionnements, elle doit encore s'accompagner des termes morphologiques, mais elle répond mieux aux besoins thérapeutiques et occupera dans l'avenir la place qu'elle mérite. BERMANN.

La lèpre oculaire et la dynamique du processus, par N. M. PAVLOFF (Krasnodar). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, nº 4, avril 1931, pp. 362-367.

Tout d'abord, P. note que la lèpre oculaire est encore peu étudiée, ainsi que ses rapports avec l'état général du malade. C'est à l'ancienne classification morphologique qu'en incombe la faute, car elle ne permettait pas d'établir facilement les relations de l'appareil visuel avec l'évolution générale de la maladie. La classification dynamique proposée par Kousnetzoff fait mieux comprendre et évaluer la clinique de la lèpre, ce qui fait éviter les fautes diagnostiques et thérapeutiques.

Sur 239 lépreux qui ont consulté, en 2 ans, la consultation ophtalmologique de la léproserie du Caucase du Nord, il y avait 49 cas d'aggravation du côté de l'appareil oculaire.

D'après la nouvelle classification dynamique, ces 49 cas se répartissent ainsi : lèpre secondaire maligne, 28 cas (57 o/o) ; lèpre secondaire bénigne, 12 cas (25 o/o) ; et lèpre tertiaire au début, 9 cas (18 o/o). C'est donc à la période secondaire maligne qu'on observe le plus grand nombre d'aggravations de l'état oculaire, les malades souffrant d'iritis, irido-cyclite et kératite chronique et récidivante. L'œil a été amélioré dans 10 cas, dont 9 chez des malades au stade secondaire bénin et 1 au stade tertiaire qui étaient des sujets forts et capables de travail. Ils avaient des formes de début de kératite et de sclérite qui ont guéri par des topiques.

La période secondaire maligne est celle où il faut avoir le plus de prudence dans le traitement général et local, car la réaction focale du côté de l'œil risque d'aggraver son état.

A la période tertiaire, on trouve des kératites chroniques et des iritis récidivantes rarement aggravées par la thérapeutique spécifique.

La période quaternaire est caractérisée par des leucomes, staphylomes et atrophies sans phénomènes inflammatoires.

L'auteur met en garde contre une thérapeutique spécifique désordonnée, variée et intense, par plusieurs agents antilépreux, car elle aggrave l état de l'œil qui réagit par des réactions violentes et amène la cécité en fin de compte. Le traitement doit être individualisé, prudent et toujours institué après consultation avec l'ophtalmologiste compétent.

BERMANN.

Contribution au problème de la formation des nævi, par P. N. CHICHKINA-IAWEIN (Leningrad). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 368-375, avec 2 photographies et 1 microphotographie.

Tout d'abord, l'auteur passe en revue les différentes théories relatives à l'étiologie et à la pathogénie des divers nævi ; ensuite, il procède à l'analyse des particularités histologiques des nævi, surtout pigmentaires, en s'arrêtant sur la théorie de Masson sur les cellules dendritiques.

Puis, l'auteur rapporte une intéressante observation personnelle de nævus pigmentaire étudiée depuis la naissance de la malade jusqu'à l'âge de 3 ans.

La petite malade a des parents blonds très jeunes, puisque le père avait 18 ans et la mère 17 ans au moment de sa naissance. Le père souffre d'érythème polymorphe rebelle et périodique. Pas d'affections spécifiques aux antécédents héréditaires.

Au point de vue général, jamais rien de particulier. Pirquet et Bordet-Wassermann négatifs à plusieurs reprises.

La partie inférieure du corps est parsemée de nævi pigmentaires de teinte allant du brun clair au noir, disposés d'une façon irrégulière et de forme ronde, ovale ou étoilée. Ces taches lisses et molles à la naissance sont devenues fermes, cartilagineuses même et soudées aux plans sous-jacents vers le 6e mois, tout en se soulevant au-dessus du niveau de la peau. Les nævi sont peu à peu devenus prurigineux, se cou-

vrant de poils dans la suite. La peau de la partie supérieure du corps est devenue entre temps plus foncée, de couleur café au lait. Après une pneumonie, la petite fille s'est affaiblie, est devenue capricieuse, a perdu l'appétit. Le prurit au niveau des nævi a augmenté et a fait perdre le sommeil. Les nævi subissaient une induration, la peau les recouvrant s'est macérée en plusieurs endroits, en d'autres, elle s'est couverte de nodules mous et violacés. Les téguments en général sont devenus lâches, plissés, rappelant une *cutis verticis gyrata ;* par places, la peau a perdu toute élasticité. On trouve également plusieurs taches de vitiligo disséminées un peu partout. Les biopsies faites à $\frac{1}{2}$, 7 et 12 mois montrent que les modifications constatées traduisent divers stades d'un même processus. Leurs particularités morphologiques correspondaient tout à fait aux manifestations cliniques observées. En outre, chaque stade se caractérisait par la diversité des formes morphologiques en montrant des endroits à structure variée.

La couche supérieure du nævus comprenant des cellules fusiformes, lamelleuses, pigmentaires, dendritiques, polygonales et sa couche inférieure composée de fibres disposées d'une manière désordonnée et entrelacée où les fibres manifestent par places une tendance à la disposition fasciculée rappelant des faisceaux nerveux et où les cellules forment par places des faisceaux en éventail et par autres places sont jetées comme au hasard, d'une façon chaotique, toute cette image histologique rappelle celle qu'a décrite Masson et confirme sa théorie neurogène de la formation des nævi. Histologiquement, d'après Masson, la structure est celle d'un neurofibrome composé des fines terminaisons nerveuses de la peau.

Le cas de l'auteur est intéressant par le processus varié et mixte de la dystrophie métaplasique. On y trouve les troubles et néoformations pigmentaires les plus variés, allant des petites taches plates jusqu'aux tumeurs pigmentaires surélevées et volumineuses. En plus, on y constate du vitiligo, de la *cutis verticis gyrata* et de la *cutis laxa.* La diversité du tableau clinique s'accorde parfaitement avec celui histologique.

BERMANN.

La concentration du chlorure de sodium dans le sang chez les syphilitiques et sa relation avec la réaction de Bordet-Wassermann, par B. N. TONIAN (Rostov-sur-le-Don). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, no 4, avril 1931, pp. 376-382.

Après avoir insisté sur le rôle du chlorure de sodium dans l'organisme en général, l'auteur souligne que son rôle est encore peu étudié chez les syphilitiques. La détermination du chlorure de sodium dans le sang était exécutée par l'auteur d'après la méthode française de Landa qui se sert du sérum sanguin. Normalement, il a trouvé en moyenne 0,56 o/o de chlorure de sodium, les oscillations allant de 0,54 à 0,58 o/o.

L'auteur a pratiqué 296 analyses chez 123 syphilitiques aux divers

stades de leur maladie et ses recherches lui permettent de formuler les conclusions suivantes : toutes les formes de la syphilis (primaire, secondaire active et latente, récente et récidivante, tertiaire active et latente, congénitale, nerveuse et viscérale) accompagnées de Bordet-Wassermann positif montrent une élévation de la concentration du chlorure de sodium dans le sang. Avec le traitement et la négativation de la séroréaction, le chlorure de sodium revient au taux normal. La capacité fonctionnelle des reins semble rester non modifiée dans tous les stades de la syphilis. Le chlorure de sodium joue certainement un rôle dans la lutte de l'organisme contre la syphilis et l'élévation de sa concentration dans le sang doit être considérée comme l'expression de la fonction défensive de l'économie. BERMANN.

Le traitement du bouton d'Orient par le synectol d'après la méthode de Lérat, par A. W. BRAÏTZEFF (Moscou) *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 388-394.

L'auteur a traité 8 cas de bouton d'Orient par des applications de Synectol. Ces 8 cas ont été traités en policlinique et concernaient 3 hommes, 4 femmes et un petit garçon, âgés de 5 à 42 ans. La maladie avait une durée de 2 à 13 mois. L'infection a eu lieu en Turkestan, mais quelques cas se sont manifestés à l'arrivée à Moscou. Dans 75 o/o des cas, les malades rattachaient leur affection aux morsures d'insectes. L'incubation a duré de 1 à 7 mois. Le nombre des boutons chez tous les malades était de 22, dont la plus grande quantité était localisée aux avant-bras (7), puis à la face (3), ensuite aux autres parties du corps. Tous les cas montraient des *leishmania*.

L'application du Synectol à 110-120° provoquait de la douleur avec œdème et tuméfaction, mais ces signes disparaissaient rapidement. La cicatrisation des lésions se faisait plus ou moins vite, selon la constitution générale du malade, la localisation des éléments, la coexistence d'autres dermatoses, etc. Les séances du traitement variaient de 7 à 17, le médicament faisant défaut et étant impossible à trouver à Moscou.

Malgré la quantité insuffisante des observations, l'auteur est fort content des résultats obtenus et exprime le vœu qu'une préparation analogue au Synectol soit extraite en Russie des plantes se rapprochant de celles qui composent ce médicament, afin d'élargir son usage partout où sévit le bouton d'Orient. BERMANN.

Le traitement de la blennorragie féminine par les injections intraveineuses de trypaflavine, par K. A. KARYCHÈWA (Kharkov). *Sovietsky Vestnik Dermotologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 394-402.

Après des données générales sur l'acridinothérapie de la blennorragie, l'auteur communique ses résultats personnels obtenus dans le traitement des femmes gonococciques par les injections intraveineuses de trypaflavine (appelée gonacrine en France).

Durant 1929-1930, l'auteur a traité 65 femmes de 16 à 30 ans. Les

malades, parmi lesquelles il y avait des femmes enceintes, des cardiaques, des épileptiques et des syphilitiques, ont toutes bien supporté les injections dont le nombre total a atteint 1.000. Les injections intraveineuses étaient pratiquées tous les jours ou tous les deux jours à la dose de 1 à 5 centimètres cubes d'une solution de 1 ou 2 o/o. Chaque malade a reçu de 6 à 24 injections en tout.

Les malades atteintes de blennorragie aiguë non compliquée (36) ont été traitées de 20 à 90 jours et ont montré 76 o/o de résultats effectifs et 24 o/o d'insuccès. Presque toutes étaient des prostituées atteintes en même temps de syphilis et recevant des injections spécifiques. Les malades guéries ont reçu de 12 à 15 injections en 6 à 8 semaines.

Les malades avec blennorragie aiguë compliquée (7) ont toutes été guéries. L'amélioration clinique survenait rapidement, les gonocoques disparaissaient à bref délai. Le traitement a duré de 40 à 95 jours.

Les malades atteintes de blennorragie chronique non compliquée (12) ont toutes été guéries par 7 à 20 injections en un temps allant de 3 semaines à 3 mois. Le traitement a duré de 21 à 95 jours.

Les malades avec blennorragie chronique compliquée (10) ont reçu de 16 à 24 injections, mais on leur a appliqué aussi la vaccino et la lactothérapie. La guérison a été obtenue dans 25 o/o des cas. La durée du traitement a été de 24 à 75 jours.

En somme, le succès a été enregistré dans 77 o/o des cas. Les cas non compliqués sont influencés mieux et plus rapidement. Les accidents observés par l'auteur avaient un caractère peu grave et passager. C'étaient des troubles gastro-intestinaux (nausées et vomissements), des céphalées, des brûlures ressenties à la face, à la gorge, au cœur, de la tachycardie. Les complications observées par l'auteur et non décrites avant lui étaient un sommeil profond de 6 à 8 heures survenant 10-15 minutes après l'injection, une gingivite et des douleurs osseuses aiguës. La périphlébite n'a été enregistrée que chez 2 malades. En tout, les complications ont été observées chez 18 malades. En été, l'auteur a vu des phénomènes de photo-sensibilisation sous forme de dermatite érythémateuse ou bulleuse aux parties découvertes. La résorcine à la dose de 0 gr. 20 calme ces accidents dus à la lumière, mais ne les prévient pas.

Les conclusions de l'auteur sont favorables à la trypaflavine qui abrège la durée du traitement, surtout si on la combine aux traitements locaux. La médication est bien supportée par les malades. Le traitement réussit souvent dans les cas rebelles aux autres agents.

BERMANN.

NÉCROLOGIE

Le Prof. W. W. IVANOFF

Le 13 septembre dernier est mort à Moscou, à l'âge de 58 ans, un des plus éminents dermato-vénéréologistes russes. Le Prof. W. W. Ivanoff a joué dans son pays un grand rôle dans le développement des sciences auxquelles il avait consacré sa vie et dans l'organisation de la lutte sociale contre les maladies vénériennes ; son nom était très connu à l'étranger.

Sorti en 1897 de l'Académie Militaire de Médecine, où il avait fait ses études, Ivanoff a, pendant 7 ans, séjourné dans les cliniques des maîtres les plus réputés : A. Fournier, Brocq, Jadassohn, etc. Ses succès comme privat-docent, puis comme professeur dans diverses chaires, le firent nommer professeur à la Ire Université de Moscou de 1917 à 1924, puis membre du Conseil supérieur de la Santé publique. Ayant présidé le Ier Congrès antivénérien panrusse, il a représenté son pays comme délégué à plusieurs Congrès internationaux. Il a été fondateur et rédacteur en chef des revues *Dermatologva* et *Roussky Vestnik Dermatologuii*. Ses fonctions l'ont conduit à visiter personnellement beaucoup d'usines et de fabriques et ont orienté son activité vers les dermatoses professionnelles et leur prophylaxie.

La disparition prématurée de l'hygiéniste éclairé, du professeur attrayant et de l'animateur des jeunes générations dermato-vénéréologiques qu'était le Prof. Ivanoff, est une perte douloureuse pour son pays et pour la science.

La Rédaction.

Le Gérant : F. Amirault.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.

TRAVAUX ORIGINAUX



L'ÉRYSIPÉLOIDE

TRANSMISSION A L'HOMME DU ROUGET DU PORC (AVEC UNE OBSERVATION PERSONNELLE)

Par G. BELGODERE,
Médecin du Dispensaire de Saint-Lazare.

Introduction.

Connaissez-vous l'*érysipéloïde* ? En avez-vous déjà vu ? Si cette question était adressée à un auditoire de cent médecins réunis, il pourrait bien ne pas s'en rencontrer un seul pour lever le pouce... à moins qu'il n'y ait parmi eux quelque dermatologiste émérite. Nous avons eu l'occasion, récemment, d'observer pour la première fois un cas de cette dermatose peu connue, et la satisfaction de la reconnaître. D'où il ne faudrait pas se hâter de conclure que nous soyons un dermatologiste émérite. Non : simplement, quelques semaines auparavant, nous avions lu sur cette question une excellente étude de l'excellent dermatologiste italien Balbi. Mais après tout, peut-être n'est-ce pas autrement que se font le plus souvent les « beaux diagnostics », nous voulons dire par la coïncidence d'une occasion clinique avec une lecture récente. Le médecin, au cerveau assez puissant pour avoir présentes à l'esprit toutes les curiosités et raretés pathologiques, n'est peut-être bien qu'un mythe et n'a jamais existé. Naguère nous lûmes un travail de M. le Professeur Dubreuilh sur cette autre curiosité dermatologique dite « nodule douloureux de l'oreille »; quelques semaines plus tard nous en rencontrions un cas; quelques mois plus tard un deuxième, et comme nous avions tenu à montrer ce dernier à notre ami Clément Simon, à cause de l'adage *testis unus testis nullus*, il nous fit savoir qu'il venait lui aussi d'en observer un troisième. Les maladies rares le sont d'autant plus qu'en raison de leur rareté,

elles sont peu connues ou bien qu'on y pense rarement. Pour ce qui concerne l'*érysipéloïde*, cette ignorance ou cette distraction sont d'autant plus excusables que les traités de dermatologie, même très complets, n'en font même pas mention.

Définition.

L'*érysipéloïde*, est une affection cutanée due à l'inoculation aux téguments de l'agent pathogène du *rouget* du porc.

Ainsi formulée, cette définition est passible d'objections et de critiques. Adoptons-là cependant, au moins provisoirement, pour la clarté de notre exposé. Les objections seront examinées et discutées plus loin.

Dans les pays germaniques, cette affection est désignée aussi sous le nom de *maladie de Rosenbach*, du nom de l'un des médecins qui ont le plus contribué à lui créer une personnalité nosologique.

Comme son nom l'indique, cette dermatose, par son aspect, rappelle l'érysipèle. Ce nom cependant n'est pas très heureusement choisi, car, si on désigne une personne par sa ressemblance avec une autre personne, ce n'est pas lui donner un état civil bien précis.

Cependant pour cette question d'état civil, on se heurte chez l'homme à une difficulté : on pourrait dire le « rouget » tout simplement, pour l'homme comme pour le porc, mais la place est déjà prise : nous avons déjà une dermatose qui s'appelle le *rouget*, causée par un acare champêtre : rien de commun. Va donc pour l'*érysipéloïde*.

Disons dès maintenant que, si la maladie est transmise à l'homme par le porc, il y a cependant sur ce point, entre l'homme et le cochon, une différence appréciable et toute à notre avantage : c'est que la maladie, grave chez le second qui en meurt souvent, est bénigne chez le premier, qui s'en tire toujours. Nous verrons les raisons de cette différence.

Historique.

Dans les *Annales de Dermatologie*, en 1922, M. le professeur Dubreuilh en collaboration avec Joulia, a publié un court article

sur l'érysipéloïde, et les auteurs disaient avoir été surpris *de ne trouver aucun travail français sur ce sujet.* C'était vrai sans l'être, tout en l'étant. La confusion provenait précisément de l'imprécision de « l'état-civil ». Claude Bernard disait qu'une science est une langue bien faite ; l'imprécision des termes et des définitions amène nécessairement des erreurs et des malentendus.

Il semble bien exact, d'après les recherches que nous avons faites, qu'aucun travail français n'avait été publié avant 1922 sur l'érysipéloïde, mais plusieurs observations avaient été publiées de cas de rouget chez l'homme ; or, le rouget et l'érysipéloïde, c'est la même chose.

La première publication sur cette affection remonte à 1873, et elle est due à un médecin anglais Morrant Baker, qui la décrivit sous le nom d'*erythema serpens,* observé surtout chez les bouchers.

En 1884, l'Allemand Rosenbach, en précisa davantage les caractères dans un travail intitulé : *Mikroorganismen bei den Wund infektions Krankheiten des Menschen*, et il revient sur ce sujet en 1887, au Congrès de Chirurgie, où il employa pour la première fois le terme d'érysipéloïde qui a été conservé depuis.

De nombreux cas furent par la suite publiés en Allemagne où cette affection paraît plus fréquente qu'ailleurs, ce qui est naturel au pays des *Delikatessen*, où la consommation de la viande de porc est particulièrement développée.

D'après Cesari, la transmission à l'homme a été signalée pour la première fois en 1885, par Schottelius. Puis Casper fit connaître, le premier, deux cas d'infection de laboratoire. En 1901, le vétérinaire Hartmann publia un cas de contagion sur son fils. Les rapports allemands signalent ensuite chaque année des cas de contagion de rouget : 4 en 1902, 5 en 1903, 3 en 1904, 2 en 1905 ; Spitzer en 1905, attribue à une infection par le rouget la mort du vétérinainaire Rauer, survenue quatre jours après une inoculation accidentelle à la main, avec un tube de culture brisé.

En 1906, le vétérinaire Schmuck, en Allemagne, publie son auto-observation de rouget, à la suite d'une blessure en pratiquant l'autopsie d'un porc atteint d'endocardite due au rouget.

En 1907, le vétérinaire Hennig publie un autre cas semblable.

En 1909, Rosenbach peut rassembler 21 observations.

En 1912, Gunther écrit que, de 1901 à 1909, 66 cas humains ont été publiés, et il en rapporte dix observations, toutes chez des étudiants, médecins et vétérinaires, toutes à la suite de vaccination ou par blessures avec des tubes de culture, ou bien en disséquant des porcs atteints de rouget. Et sur ces dix cas, trois ont été suivis de mort : 1° cas du vétérinaire Rauer, qui mourut subitement ; 2° cas du vétérinaire X..., blessé le 30 octobre 1902, mort le 8 février 1903, par suite de troubles cardiaques, chez un sujet très vigoureux ; 3° cas du vétérinaire Felgenbauer : décès attribué à une endocardite septique ulcéreuse.

Dans les autres pays, les publications ont été beaucoup moins nombreuses, et notamment en France où la première observation semble être celle de Mauclaire, en 1913, sous cette rubrique : *Panaris superficiel par le bacille du rouget.* Il s'agissait d'une fermière de 50 ans, qui s'était piqué l'index droit en dépeçant un porc atteint de rouget.

En 1919, Cotoni, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*, publie une auto-observation : un cas d'érysipéloïde survenu sur lui-même en 1914, à la suite d'une piqûre avec l'aiguille d'une seringue chargée de culture de bacilles du rouget.

En 1920, Sabrazès et Muratet, dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, publient également un cas de rouget survenu à la suite d'une piqûre avec l'aiguille d'une seringue chargée de vaccin antirouget.

Mais, dans les publications ci-dessus, il était question de rouget et non d'érysipéloïde.

En 1922, dans l'article publié dans les *Annales de Dermatologie*, sous le titre : « De l'érysipéloïde » Dubreuilh et Joulia rapportent 5 cas qu'ils ont eu l'occasion d'observer.

En 1925, dans le *Recueil de Médecine Vétérinaire de l'Ecole d'Alfort*, Cauchemez publie encore une auto-observation d'érysipéloïde, survenue à la suite d'une piqûre en manipulant un organe d'un porc atteint de rouget.

En 1926, Schrapf et Fouquet, dans la *Presse Médicale*, rapportent également trois cas dont un personnel et deux indirects par communication verbale, un de ces deux derniers sur le vétérinaire Langrand, ces trois cas à la suite de piqûres en manipulant du vaccin contre le rouget.

En 1928, M. le Professeur Dubreuilh, fait à la Société de Dermatologie une communication sur un cas d'érysipéloïde observé chez un boucher qui s'était blessé en dépouillant un porc atteint de rouget.

Soit en tout, 13 cas publiés en France jusqu'à ce jour, et nous ne pensons pas qu'il nous en ait échappé, car nos recherches ont été longues et minutieuses. Sur ces 13 cas, il faut remarquer que 5 sont des accidents de laboratoire ou thérapeutiques et qu'il en reste donc seulement 8 qui soient vraiment des cas cliniques.

Au point de vue vétérinaire, le rouget du porc est connu depuis fort longtemps, bien qu'il ait été longtemps confondu avec d'autres maladies. Il n'a été identifié d'une manière précise qu'en 1882. En cette année, Pasteur et Thuillier, étudiant dans le Vaucluse une épizootie de rouget du porc, en découvrirent l'agent pathogène. Ils isolèrent et purent reproduire par la méthode des cultures pures, un microbe qui tuait le porc, le lapin et le pigeon.

En 1885, Lœffler, appliquant au microbe du rouget des méthodes de coloration nouvelles en reconnaît la forme bacillaire, qui avait échappé à Thuillier. Aussi, dans les pays germaniques, le microbe du rouget est-il appelé le *bacille de Lœffler*, qui n'a évidemment rien de commun avec celui de la diphtérie.

Cas personnel

Il s'agit d'un jeune homme de 23 ans, que nous connaissons fort bien et depuis sa naissance, car il est notre colocataire (un locataire du sixième). Ses antécédents personnels et héréditaires n'offrent aucun intérêt, et il est, selon la formule : sain, robuste et de bonne constitution.

Garçon boucher, il s'était fait avec son couteau de petites entailles superficielle de l'épiderme des mains, léger accident auquel sont couramment exposés les travailleurs de la viande. Comme c'est un ouvrier sérieux, fils de patron et par suite peu porté à la sinistrose, il ne s'était pas soucié tout d'abord de ces petites blessures et ne les avait même pas signalées. Mais au bout de cinq à six jours, il dut s'en inquiéter, l'une de ces petites plaies s'étant, suivant son expression « envenimée » si bien qu'il se décida à nous la montrer et à faire valoir ses droits d'accidenté du travail.

A la pulpe de l'auriculaire gauche, un petit copeau d'épiderme avait été enlevé par le tranchant de la lame, mettant à nu les papilles du

derme, lésion plus favorable peut-être aux inoculations septiques qu'une blessure profonde.

En effet, de cette blessure, partait une zone érythémateuse qui s'étendait sur le dos de la main et que le premier jour, absorbé par la confection des multiples paperasses inhérentes à la médecine dite « sociale », nous prîmes pour une simple lymphangite. Mais le lendemain, sans doute par l'association subconsciente du souvenir de la lecture antérieure avec la perception présente, une intuition subite nous fit mettre la bonne étiquette et le contrôle du raisonnement vint ensuite confirmer pleinement cette intuition.

Tout d'abord, la zone érythémateuse n'avait pas les frontières vagues, floues, diffuses, d'une lymphangite banale : la bordure était tracée d'un trait net ; brusquement, sans transition, on passait de l'érythème à la peau saine.

Dans la lymphangite commune, c'est autour de la porte d'entrée que les caractères de la lésion sont le plus accentués ; ils vont ensuite en s'atténuant du centre à la périphérie. Là, c'était tout le contraire : à la périphérie, sur la bordure, l'érythème avait sa teinte la plus accentuée, qui pâlissait ensuite progressivement au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la lésion traumatique initiale, si bien que, sur l'auriculaire lui-même, la rougeur, qui avait existé au début, au dire du malade, était presque complètement disparue au moment de notre examen, et la peau avait repris un aspect presque normal. En somme, comme dans certaines dermatoses parasitaires, il y avait une évolution serpigineuse : guérison au centre, extension à la périphérie.

Sur le dos de la main, la rougeur s'étendait presque jusqu'au poignet ; en largeur, elle couvrait à peu près la moitié du métacarpe.

Par l'espace interdigital, une coulée érythémateuse s'était glissée vers la paume de la main et s'étalait en tache d'huile sur une zone arrondie à la partie inférieure de l'éminence hypothénar.

Une autre expansion érythémateuse occupait la face latérale interne de l'annulaire, à la hauteur de la première et de la deuxième phalanges toujours avec la même limite nette, et une pareille topographie ne ressemblait guère en effet à celle qu'affectent habituellement les lymphangites communes.

Quant à la couleur, elle était, sur le dos de la main, rouge lie de vin, tandis que, du côté de la paume, l'érythème, apparaissant par transparence à travers une couche cornée plus épaisse, présentait une teinte bleuâtre très peu accusée.

Il n'y avait pas trace de tuméfaction : c'est à peine si, en pinçant un pli de la peau, on pouvait percevoir une légère infiltration. Les bords ne faisaient absolument aucune saillie, il n'y avait aucune différence de niveau entre la peau malade et la peau saine. De sorte que l'aspect de la dermatose rappelait à vrai dire, non pas tant un érysipèle, mais plutôt ces angiomes plans que le langage populaire désigne sous le nom de « taches de vin ».

Précisons les dates : les blessures cutanées remontaient exactement à 10 jours, l'érythème était apparu 5 jours plus tard, masi ces renseignements n'offrent d'ailleurs qu'un intérêt relatif et ne peuvent permettre d'apprécier la durée de l'incubation, l'inoculation n'étant pas nécessairement contemporaine des blessures.

Sur la question qui lui fut posée, le malade admit que l'apparition de l'érythème avait bien pu être accompagnée d'un malaise général léger : il en avait eu la sensation, mais ce malaise avait, en tout cas, été minime, il ne s'en était pas autrement soucié et n'avait pas pris sa température.

Pas de sensations objectives locales, sauf un peu de démangeaisons, mais aucune douleur.

Bien que le blessé fut garçon boucher, il nous fit savoir que, dans la maison où il travaillait, on vendait aussi de la viande de porc, de la panne, et qu'il avait journellement l'occasion d'en manipuler.

Le fait nous fut confirmé par son patron ; nous ne crûmes pas pouvoir pousser l'indiscrétion jusqu'à demander à ce dernier s'il avait vendu de la viande avariée, de crainte de froisser sa susceptibilité commerciale, mais nous verrons d'ailleurs que cette condition n'est pas nécessaire.

Les signes étaient donc nets, de même que les commémoratifs : si l'érysipéloïde est peu connu, c'est cependant une affection à caractères assez typiques pour être facilement diagnostiquée.

Toutefois, lorsqu'on appartient à cette variété de la faune médicale dite « modeste praticien », *homo medicus* var. *vulgaris* (observons en passant que cette épithète implique chez ceux qui l'appliquent fort peu de modestie), il faut toujours se méfier des Zoile sceptiques ou malveillants, volontiers prédisposés à accueillir avec incrédulité un diagnostic S. G. D. G. Aussi nous parut-il prudent de soumettre notre diagnostic à l'homologation d'une autorité indiscutée et indiscutable. D'ailleurs, si nets que fussent les signes cliniques, il était nécessaire de leur apporter le contrôle du laboratoire et, pour ce contrôle, le « modeste praticien » est assez désarmé, et la Compagnie d'assurances n'en aurait vraisemblablement pas apprécié l'utilité s'il s'était agi d'en acquitter les frais.

Nous adressâmes donc notre malade à M. le Prof. Gougerot. Mais il était absent et ce fut son bras droit, M. le Dr Burnier, qui examina le malade et qui voulut bien, avec sa grande amabilité coutumière, dont nous le remercions vivement, nous faire part de son opinion, qui était absolument conforme à la nôtre. Mais à la vérité, même si nous n'avions pas obtenu cette confirmation, notre conviction était telle que nous n'aurions vraisemblablement pas consenti à en démordre. (M. Burnier fit également des recherches de laboratoire sur lesquelles nous reviendrons).

Caractères cliniques de l'érysipéloïde.

Si typique soit-elle, une observation unique ne peut synthétiser toute la symptomatologie d'une affection et chaque cas particulier présente des particularités propres. *Ars una, species mille.*

Le cas que nous avons rapporté est un cas léger. Il en est de plus accentués comme il est aisé de s'en convaincre par la lecture des différentes publications.

L'infiltration de la peau peut être prononcée, les doigts peuvent alors prendre un aspect boudiné et doubler de volume disent Sabrazès et Muratet Notons à ce propos que le siège des lésions est toujours aux mains, aux doigts, et surtout à leur face dorsale ; l'extension à la face palmaire, comme dans notre observation, est rare. Cependant quelques localisations exceptionnelles ont été signalées : avant-bras (Esau), bras (Buckley), visage (Pieri).

Les bords de l'érythème peuvent devenir saillants pour former un relief plus ou moins accentué et l'analogie avec l'érysipèle est alors plus marquée.

Parfois, au niveau du point d'inoculation, le processus infectieux débute par une pustule hémorragique (Valleczed), mais elle fait souvent défaut et manquait dans notre cas : quelquefois aussi, on a signalé l'apparition de petites vésicules ou de bulles sur la surface des placards, quand la réaction était aiguë (Duttmann).

Une complication plus importante et assez fréquente, c'est l'*arthrite* d'une ou plusieurs articulations phalangiennes, avec les signes habituels : rougeur, douleur, gonflement. Chez notre malade une des articulations était légèrement sensible à la pression, mais sans signes objectifs. Axhausen évalue la fréquence de cette arthrite à 75 o/o des cas.

D'ailleurs, à son retour de vacances, notre malade, spontanément et sans être suggestionné par aucune question, nous déclare que pendant qu'il était à la campagne il avait ressenti dans les jointures des doigts intéressés, de légères douleurs et un peu de raideur des mouvements : l'arthrite se serait donc réduite chez lui à une simple arthralgie.

Parfois aussi peut se manifester une lymphangite tronculaire qui remonte sur l'avant-bras, avec adénite sus-épitrochléenne et sous-

axillaire. Chez notre malade, il n'existait aucun retentissement ganglionnaire. Bazzoli rapporte un cas où se produisit une complication phlegmoneuse de la face palmaire du médius qui nécessita une incision : il s'agit vraisemblablement d'une complication due à des infections secondaires.

Enfin, la barrière ganglionnaire peut être forcée, et l'infection se généralise, ce qui d'ailleurs paraît survenir rarement et ne s'observe guère que dans les cas de contamination par des cultures ou des vaccins. C'est ce qui fut observé dans le cas de Schrapf et Fouquet (piqûre par l'aiguille d'une seringue chargée de vaccin) où le malade fut pris de frissons, avec forte fièvre, sueurs abondantes, céphalalgies, etc...

Ces auteurs divisent en trois périodes l'évolution de l'affection :

1° *Période d'incubation*, qui s'écoule entre l'accident et l'apparition du premier symptôme de l'infection acquise. La durée en est assez courte : 1 à 2 jours. Dans l'auto-observation de Cotoni, les premiers signes apparurent 18 heures après l'inoculation ; dans celle de Cauchemez, 48 heures ; dans le cas de Schrapf et Fouquet (1), moins de 48 heures ;

2° *Période d'invasion localisée, avec phase stationnaire.* — La durée de cette période est de dix jours environ ; elle est marquée par l'apparition des signes locaux, de l'érythème ou érysipéloïde proprement dit. Dans le cas de Cauchemez, l'invasion locale se fit en 8 jours, et resta stationnaire pendant 5 jours. Dans le cas de Schrapf et Fouquet, l'invasion locale se fit en 1 jour et resta stationnaire pendant 9 jours ;

3° *Période d'invasion généralisée.* — Les lésions cutanées s'étendent, les ganglions se prennent et l'invasion générale se manifeste par la fièvre, les frissons, la courbature, les sueurs froides, la céphalée.

Mais cette maladie étant encore peu connue, il n'est pas certain que des accidents encore plus graves ne puissent se manifester. Certains auteurs ont supecté la possibilité d'endocardites et d'arthropathies, pouvant apparaître tardivement comme dans le rouget chronique du porc (Esau). En octobre 1921, dans les *Annales de*

(1) Ne pas confondre avec le dermatologiste bien connu. Il s'agit d'un homonyme ; Ed. Fouquet, vétérinaire algérien.

l'Institut Pasteur, DUMONT et COTONI ont rapporté l'observation d'un soldat italien âgé de 24 ans, qui, en 1918, en Champagne, mourut de méningite. Dans le liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire, ils purent constater par l'examen direct et par les cultures, la présence d'un microbe qui présentait tous les caractères morphologiques, culturaux, biologiques et pathogènes, des microbes appartenant au groupe du bacille du rouget.

Histologie pathologique.

Elle a été particulièrement étudiée par BALBI dont le travail est accompagné de plusieurs reproductions microphotographiques. Sans entrer dans les détails, disons que cet auteur n'a constaté que des lésions légères des vaisseaux sanguins et lymphatiques, avec œdème dû aux troubles circulatoires consécutifs, et une infiltration cellulaire qui offre cette particularité de présenter une forte proportion de mastzellen. On n'observe pas de graves lésions dégénératives, dermo-épidermiques et vasculaires, colliquatives et nécrotiques, qui caractérisent l'érysipèle, et il y aurait au besoin dans ces différences histopathologiques un élément de diagnostic dans les cas douteux.

SABRAZÈS et MURATET, dans le cas qu'ils ont observé, ont fait des examens du sang. Dans le sang de la circulation générale, ils ont trouvé une légère hyperleucocytose (13.000), une augmentation des éosinophiles (4,64 o/o) et des mast. leucocytes (1,16 o/o). Dans le sang de la circulation locale, il y avait augmentation des globules blancs au niveau des lésions, par rapport à la région homologue du côté sain, ce qui indique une réaction de défense locale.

Diagnostic.

C'est surtout avec l'érysipèle, la lymphangite commune, l'érythème polymorphe qu'il pourrait y avoir confusion. Mais les caractères de l'érysipéloïde que nous avons indiqués sont assez typiques pour que l'erreur soit dans la plupart des cas facile à éviter, pour peu qu'on y pense et qu'on y prête attention. Dans l'érysipèle, la fièvre est plus élevée et accompagnée de frissons, les lésions plus extensives, le bourrelet plus net, etc... Comme le dit MAUCLAIRE,

« le diagnostic est facile tant est caractéristique la couleur rouge écarlate des téguments au pourtour de la plaie et la *teinte vineuse* à la bordure de l'œdème. Ce n'est donc pas un simple érythème, une simple lymphangite, et il n'y a pas le bourrelet caractéristique de l'érysipèle ».

Le diagnostic clinique cependant n'a qu'une valeur relative, et la certitude absolue ne pourra être obtenue que par les méthodes bactériologiques, par la recherche du bacille du rouget, ou des réactions immunitaires sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Pathologie comparée : le rouget chez le porc (1).

Puisqu'il s'agit d'une maladie commune à l'homme et au cochon, un peu de pathologie comparée ne sera pas superflue. Nous avons dit que le rouget chez l'homme était une maladie bénigne. Mais cela n'est peut être pas absolument certain, étant donné que la maladie est peu connue et qu'elle a donc pu donner lieu à des complications graves qui ont été méconnues.

Voyons donc comment la maladie évolue chez notre frère inférieur. D'après les Traités de Médecine Vétérinaire, le rouget est essentiellement caractérisé par l'apparition de taches cutanées rouges faciles à voir chez le cochon blanc, d'appréciation plus difficile chez le cochon noir. Elles débutent aux extrémités, puis aux oreilles et au groin, et se généralisent ; leur intensité peut aller du rose pâle au rouge foncé presque noir.

L'évolution est variable et permet de distinguer :

Des *formes suraiguës*, septicémiques, avec dyspnée, hyperthermie, mort en quelques heures, si rapide que les taches rouges, parfois n'ont pas le temps d'apparaître.

Des *formes aiguës*, le cochon devient triste, et en même temps que la gaîté, il perd l'appétit ; les pâtées les plus appétissantes sont accueillies d'un œil terne et indifférent, sans les grognements de satisfaction habituels. La température s'élève à 41-42 degrés, et cette fièvre s'accompagne de diarrhée, de dyspnée, de cyanose, de parésie du train postérieur et de taches rouges qui peuvent envahir toute la surface cutanée. La mort est la terminaison la plus fréquente.

(1) D'après Moussu : *Les Maladies du porc.*

Des *formes chroniques*, soit d'emblée, soit à la suite d'une période aiguë. Le cochon est essouflé, il maigrit, présente des taches rouges peu marquées. Les manifestations dans cette forme se produisent, soit du côté de la peau, où apparaissent des éruptions, des ulcérations, soit du côté des séreuses, sous la forme d'arthropathies déformantes ou d'endocardites végétantes, avec végétations volumineuses qui peuvent entraîner la mort subite. L'animal cependant peut guérir, mais il reste fortement handicapé, maigre, chétif et ne sera jamais un cochon bien brillant.

Au point de vue anatomopathologique, on constate de la vasodilatation du système vasculaire périphérique, de la congestion des différents viscères, surtout du foie, des reins et de la rate ; des suffusions hémorragiques dans les muscles et dans la peau dont le lard est teinté en rose pâle ou en rouge-brun ; les ganglions aussi ont l'aspect hémorragique. La viande qui présente ces caractères n'est pas marchande et doit être saisie ; mais, si l'animal a été abattu précocement, il peut n'y avoir aucune lésion apparente et l'expertise bactériologique seule permet le diagnostic.

Etiologie : le bacille du rouget.

Dubreuilh et Joulia, dans leur article de 1922, écrivaient à propos de l'érysipéloïde :

« Il s'agit évidemment d'une inoculation septique, mais les recherches microbiologiques n'ont pas donné de résultats bien certains. En effet, Rosenbach, Felsenthal et Ohlemann, ses élèves ont cultivé un parasite qu'ils classent dans l'ordre des *Cladothrix*. Mais la description que les auteurs en donnent est assez confuse et n'entraîne pas la conviction, leur parasite tenant à la fois des cocci et des champignons filamenteux ».

En effet, en 1884, Rosenbach avait décrit pour la première fois l'érysipéloïde chez l'homme et en 1886, il avait pu reproduire cette lésion par inoculation d'un microbe spécial, qui avait été retrouvé un peu plus tard par Ohlemann dans des coupes de tissus. Rosenbach, poursuivant ses recherches, avait pu assimiler l'érysipéloïde aux lésions résultant de l'inoculation accidentelle du rouget à l'homme ; il avait constaté aussi de grandes analogies entre ce microbe et celui de la septicémie des souris, et il avait conclu que

ces trois maladies : rouget du porc, érysipéloïde, septicémie des souris, étaient dues à trois microbes, trois bacilles, offrant les mêmes caractères, et certainement proches parents, sinon identiques.

Langrand, en 1912, montra que le bacille du rouget, à l'intérieur de l'organisme du porc, était sujet à des variations morphologiques, que ce bacille était trouvé, à la surface des méninges (face crânienne de la dure-mère) sous l'aspect filamenteux (8 à 12 μ) le même d'ailleurs qu'il prend dans les cultures de bouillon sérum vieillies. Les inoculations de cette forme filamenteuse méningée donnaient les mêmes résultats chez les animaux d'expérience et ramenaient à la forme bacillaire type. Sur les cadavres, les bacilles devenaient granuleux. Ces variations morphologiques expliquent donc les contradictions et les obscurités incriminées par Dubreuilh et Joulia : *le bacille du rouget est polymorphe*, il est sujet à des variations morphologiques suivant les conditions de milieu plus ou moins favorables à sa vitalité.

Des recherches ultérieures ont précisé les caractères du bacille du rouget (1).

C'est un bacille extrêmement fin et ténu, ayant de 1 μ à 1,5 μ de longueur, de 0,1 à 0,3 μ d'épaisseur, se colorant bien par les couleurs basiques d'aniline. « Ces bacilles, dit Cotoni, sont colorables par le Gram, fins, rectilignes, à bouts carrés, la plupart extra-leucocytaires, isolés ou groupés par deux à la file l'un de l'autre ».

Ce bacille est aérobie ou anaérobie, il se cultive facilement en bouillon à 37° en donnant un trouble uniforme; sur gélose, il donne de petites colonies isolées du volume d'une tête d'épingle. « Mais, dit Cotoni, ce sont les cultures sur gélatine (bouillon gélatiné) qui offrent les aspects les plus particuliers, du moins les ensemencements *en piqûres*. Elles se présentent sous deux types : type *grenu*, plus petites qu'une tête d'épingle, offrant des contours ronds bien arrêtés; type *en houppe*, plus franchement blanches, pouvant atteindre un demi-centimètre de diamètre, à bords estom-

(1) Les *Annales de l'Institut Pasteur* de 1889 contiennent une étude de Metchnikoff sur le bacille du rouget, accompagnée de 16 figures en couleur montrant bien les caractères morphologiques du bacille (Voir la Bibliographie).

pés, nuageux. Au bout de plusieurs semaines, on peut encore observer des aspects en *pinceau court* ou en *bois de cerf*.

Cotoni a pu également établir des relations entre le pouvoir pathogène du microbe et certains de ses caractères. Les échantillons les moins pathogènes offrent en commun les caractères suivants :

1° Présence exclusive ou partielle de formes *longues* et *flexueuses*.

2° Faible abondance des cultures en bouillon Martin.

3° Aspect agglutiné de certaines cultures.

Ce bacille enfin, présente une *vitalité* remarquable : « Le bacille du rouget est réputé par sa résistance. Des tubes de bouillon Martin ensemencés avec l'échantillon pathogène Césari, scellés et conservés à l'étuve à 37°, nous ont fourni, après *cinq ans*, sans aucune difficulté, de nouvelles cultures » (Cotoni).

Toutefois, le bacille résiste peu à la chaleur, il serait tué en quelques minutes à la température de 55 à 58° (Langrand). Il se conserve bien dans les milieux humides et obscurs, dans les terrains mouillés, dans l'eau ; il est rapidement détruit par la lumière, et résiste peu à la dessiccation ; aussi, dans certains pays comme en Allemagne, la consommation des viandes infestées de rouget estelle autorisée, mais on exige la stérilisation. Une autre conséquence de ces particularités biologiques, c'est que les épizooties de rouget atteignent surtout les animaux élevés en porcherie, et beaucoup moins ceux qui sont élevés en pâture (Moussu).

Lorsqu'un premier cas de rouget survient dans une exploitation, le bacille est disséminé partout par les excréments et l'urine, et étant données les mœurs du cochon, qui ont fait de son nom un symbole, il est facile de comprendre que tout l'effectif soit rapidement contaminé. Certaines influences créent d'ailleurs une prédisposition à la contagion : influences saisonnières (refroidissements ou chaleurs de l'été) mauvaise nourriture, fatigues des déplacements et transports, infestations parasitaires donnant lieu à des érosions intestinales qui ouvrent une porte d'entrée.

L'*inoculation* sous-cutanée de culture pure au cochon le tue en six à dix jours, les passages successifs augmentent la virulence.

L'homme est un terrain moins favorable, qui explique la bénignité de l'érysipéloïde, qui se borne le plus souvent à des accidents locaux sans gravité. Mais encore convient-il de faire sur ce point

des distinctions : la contamination est bénigne surtout quand elle résulte de la manipulation des viandes, sur lesquelles le microbe est dégénéré et peu virulent; mais la contagion par le contact des porcs malades occasionne des accidents plus sérieux ; enfin la contamination par les cultures, les accidents de laboratoire ou de vaccination, peuvent donner lieu à des septicémies aussi graves chez l'homme que chez le porc puisque on a même observé en Allemagne des cas de mort chez des vétérinaires (voir plus haut l'historique).

Chez le lapin, comme chez l'homme, la virulence du bacille s'atténue. La souris blanche se prête bien à l'inoculation.

Mais l'*animal de choix est le pigeon*, chez lequel la virulence du germe s'exalte nettement.

Par contre *le cobaye est réfractaire*, particularité importante, au point de vue de l'identification du bacille.

Diagnostic bactériologique.

Seul ce diagnostic permet une affirmation catégorique. Avec les signes cliniques seuls, si nets soient-ils, il y a toujours quelques réserves à faire : on peut être trompé par des analogies, des ressemblances.

1. *Examen direct :*

a) On peut prélever une goutte de sang du malade sur la bordure des plaques et faire un examen direct au microscope.

Ce procédé est logique : puisqu'il s'agit d'une dermatose serpigineuse à extension centrifuge, il est rationnel de penser que les bacilles se rencontrent en plus grande abondance à la périphérie des lésions.

Les résultats pratiques ne confirment pas ces déductions. En réalité presque tous les auteurs qui ont utilisé ce procédé ont abouti à un échec. Certains ont découvert plus facilement le bacille dans le liquide sérohématique de la phlyctène qui se forme parfois au point d'inoculation. D'autres conseillent de rechercher le bacille plutôt dans le liquide séreux qui s'écoule parfois de la surface des lésions sous l'influence du grattage lorsque les lésions s'accompagnent de prurit.

b) On peut rechercher le bacille, non dans le sang, mais dans les

tissus, en prélevant par biopsie un fragment de la peau sur la bordure d'une plaque, et faisant des coupes histologiques.

Ce procédé serait meilleur et donnerait des résultats positifs plus fréquents.

Il devient meilleur encore si on utilise des méthodes d'*enrichissement*, qui consistent à placer le fragment cutané prélevé dans un milieu de culture favorable à la multiplication du bacille.

Deux méthodes : 1° Méthode de Bierbaum et Gottron, qui consiste à placer les fragments cutanés pendant 28 heures dans du bouillon de cheval. 2° Méthode de Huntemuller, qui utilise le bouillon bilié.

2. *Cultures :*

On peut faire des cultures dans les milieux que nous avons indiqués plus haut; mais presque toujours on aboutit à un échec, à cause de l'atténuation de la virulence du bacille chez l'homme.

3. *Inoculations :*

Le meilleur procédé de diagnostic est l'*inoculation suivie de rétroculture*, c'est-à-dire la culture du sang d'un animal très réceptif auquel on a fait une inoculation.

On prélève de petits fragments de peau sur les plaques d'érysipéloïde et on les inocule dans le muscle pectoral du pigeon. Il se déclare chez l'animal une septicémie qui entraîne en général la mort en quelques jours. On fait des ensemencements avec le sang du cœur, ou des fragments de reins ou de rate. Balbi, dans le travail que nous avons déjà cité et auquel nous empruntons ces données, a obtenu sur cinq cas, deux résultats positifs par cette méthode de la rétroculture.

Dans le cas personnel que nous avons rapporté plus haut, M. le docteur Burnier n'a pu établir la preuve bactériologique ni par l'examen direct, ni par les cultures, ni par l'inoculation à la souris. Mais le malade, qui partait en vacances le lendemain, n'a été à sa disposition que pendant un jour, et des recherches plus poussées auraient peut être abouti.

Pathogénie.

Dans les pages qui précèdent, nous avons, de propos délibéré, dans un but de clarté et de commodité didactique, fait allusion uniquement aux cas où l'érysipéloïde, chez l'homme, était la consé-

quence d'une contamination certaine, ou tout au moins probable, par le rouget du porc.

S'il en était toujours ainsi, le problème de la nature de l'érysipéloïde ne soulèverait aucune difficulté. Tandis qu'au contraire, si on parcourt la littérature, on trouve sur ce point, qui est vraiment le « point névralgique » de notre sujet, des traces de flottements, d'hésitations, de divergences et de discussions.

C'est qu'en effet, dans le problème de l'érysipéloïde, on ne se trouve pas toujours uniquement en présence de ces deux facteurs : l'homme et le cochon.

Si on fait le dépouillement des observations qui ont été publiées, on constate les catégories suivantes :

1° Des cas où l'érysipéloïde a été consécutif à l'inoculation de cultures virulentes de bacilles du rouget. Accidents de laboratoire : blessure par un tube de culture brisé. Accidents de vaccination : piqûre par l'aiguille d'une seringue chargée de vaccin. Et en outre dans ces cas, l'examen bactériologique a été le plus souvent positif. Ces faits ne peuvent soulever aucune discussion ; ce sont de véritables expériences de médecine expérimentale, qui mettent hors de doute le rôle pathogène du bacille du rouget dans la production des lésions de l'érysipéloïde.

2° Des cas où l'érysipéloïde a été la conséquence de blessures des mains, survenue en manipulant la viande de porcs atteints de rouget (vétérinaires, employés d'abattoirs, bouchers, charcutiers, etc.). Dans ces cas également l'origine est certaine, d'autant plus que, souvent aussi, elle a été confirmée par l'examen bactériologique.

3° Des cas survenus chez des sujets qui, par profession sont en contact avec des porcs, ou qui manipulent de la viande de porc, sans qu'on puisse affirmer s'ils ont eu contact avec des animaux malades. C'est le cas, par exemple de notre observation personnelle. Par analogie, là encore, on peut dire que l'origine est, sinon certaine, du moins très probable, bien que les examens bactériologiques dans ces cas soient plus infidèles, mais cela peut s'expliquer par l'atténuation rapide de la virulence du bacille du rouget sur les cadavres.

4° Enfin une catégorie de cas pour lesquels l'origine porcine ne peut être invoquée. Dubreuilh et Joulia, dans les cinq cas qu'ils ont publiés, signalent :

Un cas à la suite de piqûre par arête de poisson.
Un cas à la suite de piqûre par esquille d'os de mouton.
Un cas dû à une égratignure par les dents d'un poisson.
Un par écorchure causée par un coquillage.
Un à la suite d'une coupure en manipulant de la viande.

On a vu aussi l'érysipéloïde survenir à la suite de contact avec des matières organiques quelconques, d'origine animale surtout : graisses, savon, etc.

Mais ce sont surtout les statistiques marines qui sont les plus impressionnantes, et dont les chiffres laissent loin derrière eux les quelques cas isolés et sporadiques de contagion par le rouget du porc. La contamination d'érosions des mains par le contact des poissons et surtout des poissons de mer, des crustacés, des coquillages, est fréquemment suivie de l'apparition d'érisypéloïde. Gilchrist a pu rassembler plusieurs centaines de cas, occasionnés par des morsures de crabes. Trois auteurs anglo-saxons, Klauder, Richter et Harkins, sur une population de pêcheurs, à New Jersey auraient recueilli plus de 1.000 cas d'érysipéloïde à la suite de piqûres d'arêtes et de morsures de poissons.

Devant ces faits disparates deux hypothèses se présentent à l'esprit :

a) Ou bien l'érysipéloïde n'est pas une maladie autonome, une entité nosologique ayant une existence propre, mais un mode particulier de réaction cutanée, qui peut être provoqué par le bacille du rouget du porc, mais aussi par différents autres microbes de nature et de provenance très diverses.

b) Ou bien c'est le bacille du rouget qui n'est pas un microbe spécifique de la maladie du porc, mais un germe banal, répandu dans la nature et dont les sources seraient très variées.

Disons dès maintenant que c'est cette seconde hypothèse qui tend de plus en plus à prévaloir. Médecins et vétérinaires sont aujourd'hui à peu près unanimes pour admettre la doctrine du saprophytisme, de l'ubiquité, de la non-spécificité du bacille du rouget.

Dans un article récent de la *Revue de médecine vétérinaire*, Panisset écrit : « La présence du bacille du rouget chez l'homme ne traduirait pas fatalement l'inoculation avec des produits d'origine animale : il serait possible que l'action pathogène du bacille

du rouget fut plus étendue et qu'elle put s'exercer directement sur l'homme à partir des germes de la même espèce répandus dans le milieu extérieur. On ne peut manquer d'être surpris de l'étendue du domaine du bacille du rouget et de la variété des troubles qui peuvent lui être imputés ».

Même dans les cas d'origine porcine, il n'est pas nécessaire que le porc soit malade pour que la contagion puisse avoir lieu. Il est bien établi aujourd'hui que chez le porc, le bacille peut vivre à l'état saprophytique, et on le trouve dans les voies digestives, dans les amygdales, chez des sujets bien portants, qui peuvent devenir malades parce que la virulence du bacille vient à s'exalter sous des influences diverses. Un auteur allemand, Diemer, évalue même à 50 o/o le nombre des porcs sains qui sont porteurs de germes. C'est ce qui explique, comme nous l'avons dit à propos de notre observation personnelle, qu'il n'est pas nécessaire que les viandes soient avariées pour qu'il y ait contamination des ouvriers qui les manipulent : celle-ci peut avoir lieu même avec des viandes d'excellente qualité apparente. Bazzoli rapporte 12 cas d'érysipéloïde d'origine porcine, dont un à la suite d'une morsure par un porc qui paraissait en parfait état de santé (Obs. IX).

Dans ces dernières années, de nombreux auteurs ont retrouvé le bacille du rouget chez de nombreuses espèces animales ; chez les poules, soit dans les exsudats diphtériques (Hausser), soit dans diverses épidémies (Pfaff), soit dans la septicémie des poules (Schiff), chez des vaches qui présentaient des symptômes analogues au charbon (Schiff) ou bien atteintes d'endométrite. On l'a rencontré dans la *polyarthrite du mouton* (Poels). Sa présence a été constatée chez le canard (Poels), la dinde (Eber), la poule d'eau, le pigeon. On l'a trouvé aussi chez le perroquet, et on ne peut s'empêcher de songer à la psittacose, dont le germe est assez incertain, d'autant plus que la virulence du bacille s'exalte par le passage sur certains oiseaux comme le pigeon. M. Truche, à l'Institut Pasteur, nous a rapporté (communication verbale) avoir fait une fois au Muséum l'autopsie d'un volatile exotique : le *Butor* de l'Afrique Australe. Cet oiseau avait été atteint d'une maladie singulière qui lui avait détruit les extrémités des pattes, de sorte qu'il marchait sur des moignons. M. Touche trouva dans la moelle des os, le bacille du rouget.

Chez l'homme, bien que le rôle du bacille du rouget paraisse restreint, jusqu'à preuve du contraire, il convient de signaler les cas de Lubowski, qui a isolé le bacille du rouget dans les selles d'un enfant atteint de catarrhe intestinal avec ictère ; le cas de Poel, qui, à Rotterdam, en 1891, au cours d'une épidémie de choléra, a retrouvé le bacille dans les cultures de selles humaines et qui suspecte son rôle étiologique dans certains cas d'endocardite humaine.

Enfin, différents auteurs ont rencontré des germes plus ou moins semblables au bacille du rouget et dans les produits les plus divers : eau de rivière, excréments d'animaux, viande pourrie, cadavres de souris etc.

Mais il y a plus : d'autres espèces bactériennes, primitivement considérées comme agents spécifiques de certaines affections, semblent devoir être identifiées avec le bacille du rouget. Déjà Rosenbach avait remarqué, comme nous l'avons dit plus haut, l'analogie entre le bacille du rouget du porc, le bacille de l'érysipéloïde de l'homme et le bacille de la septicémie des souris. Il en avait conclu que ces trois microbes appartenaient à une même famille : la famille du bacille du rouget.

Des recherches faites ultérieurement tendent à montrer qu'il n'y a pas seulement parenté, mais identité. Des recherches, dues surtout à des auteurs allemands (Jansen, Preiz, Prettner) ont montré que les animaux immunisés contre le rouget le sont aussi contre le *b. murisepticus* de Koch, agent de la septicémie des souris, et réciproquement ; et d'autre part le *b. murisepticus* inoculé à des porcs sains aurait reproduit le tableau clinique du rouget.

Il semble donc bien établi actuellement que le bacille du rouget est un germe banal, très répandu dans la nature et dans les milieux les plus divers. Mais pourquoi ce germe occasionne-t-il une maladie grave chez le porc, chez le pigeon, bénigne chez l'homme, chez le lapin, tandis que d'autres espèces, comme le cobaye, sont réfractaires ? C'est que le bacille du rouget est un microbe à virulence très instable : dans une même espèce animale, la virulence s'exalte ou s'atténue sous des influences multiples, ce qui explique le grand nombre de porteurs de germes bien portants ; le passage sur des animaux divers exalte également ou diminue la virulence selon les espèces. Cette instabilité se constate même dans les expériences de laboratoire : « Il est vraisemblable, dit Cotoni, que la résistance

d'une espèce animale à la même dose de virus, varie suivant les sujets dans de larges limites ».

Pour terminer cette étude pathogénique, il nous reste à examiner quelle est la voie de propagation du microbe dans l'organisme. C'est évidemment la voie lymphatique comme le montrent l'extension des plaques en tache d'huile, due à la lymphangite réticulaire, les lymphangites tronculaires, les adénopathies. Mais si la barrière ganglionnaire vient à être forcée, le bacille se répand dans la circulation générale et occasionne une septicémie.

Immunobiologie.

L'érysipéloïde étant une dermatose due à des inoculations septiques, la question des réactions immunitaires se présente naturellement à l'esprit et les recherches dans cette voie n'ont pas manqué.

Ascoli, dans le sérum des sujets atteints d'érysipéloïde, a démontré la présence de précipitines.

Acel, Bierbaum, Gotton, obtinrent des réactions d'agglutination.

Bazzoli, sur 7 cas, a vu deux fois le sérum du malade agglutiner le bacille, à la dilution de 1 p. 300 dans un cas, de 1 p. 500 dans l'autre.

Balbi, sur un seul cas il est vrai, a vu la réaction demeurer négative, aussi bien pour l'agglutination que pour la déviation du complément. Linser rapporte un cas de rouget chez un boucher de campagne, où le complément était dévié.

Un point très controversé est celui de savoir si le bacille du rouget est susceptible d'élaborer des toxines, soit endotoxines, soit exotoxines. La bénignité habituelle de l'affection chez l'homme, la localisation des symptômes, l'absence habituelle de phénomènes généraux ont en effet suscité l'hypothèse que l'érysipéloïde serait provoqué dans l'espèce humaine, non pas tant par le germe lui-même que par des substances toxiques, élaborées par lui, ou contenues en lui, ou dont la formation serait provoquée par lui.

Dopter et Sacquépée, affirment que les filtrats de culture sont toxiques. Bail, Voges, Van Nederveen, croient à l'existence d'une endotoxine. Ces discussions présentent un intérêt pratique au point de vue des applications thérapeutiques, pour la pratique séroth-

rapique qui pourra se borner à être locale s'il s'agit seulement d'une endotoxine, et qui devra au contraire être générale dans le cas d'une exotoxine.

De Vecchi, par des injections intraveineuses de filtrats de cultures, a provoqué chez des animaux des lésions cardiaques, mais peu caractéristiques et sur la nature desquelles il n'a pu se prononcer.

Ravenna a fait des expériences analogues, d'où il conclut à la production *inconstante* de toxines, selon le degré de virulence des souches.

Bazzoli (1927) répétant ces expériences, inoculant à des animaux des filtrats de cultures, n'a obtenu que des résultats négatifs. Et pour répondre à l'objection que le milieu humain ne réagit peut-être pas de la même manière que le milieu animal, il s'est fait à lui-même des cuti-réactions avec ces filtrats, et le résultat en fut complètement négatif.

Mais tout récemment (1930) Balbi, à Bologne, d'une part, et d'autre part, W. Jadassohn et Jui-Wu Mu à Zurich, à la Clinique de Bruno Bloch, ont obtenu des résultats intéressants, le premier chez l'homme, les deux autres chez l'animal.

Balbi a recherché si les sujets atteints d'érysipéloïde, en évolution ou déjà guéris, présentaient une sensibilisation de la peau qu'on put mettre en évidence par des intradermoréactions au vaccin spécifique. Il s'est servi d'une suspension de bacilles du rouget du porc, diluée et stérilisée par ébullition (*érysipéloïdine*). Sur une première série de 14 sujets qui n'avaient jamais été atteints d'érysipéloïde, l'intradermoréaction pratiquée selon les règles habituelles, donne dans tous les cas un résultat négatif. Chez les 5 malades atteints d'érysipéloïde qui ont fait l'objet de son étude, *tous les résultats furent positifs*. Il vit apparaître chez tous ces sujets au point d'inoculation, une tache rouge œdémateuse de 1 à 2 centimètres ; la réaction commença au bout de 24 heures, atteignit son plus grand développement à la fin du second jour, et diminua ensuite, si bien qu'à la fin de la quatrième journée, il n'existait plus qu'une petite tache centrale d'érythème. Simultanément, on avait pratiqué sur ces sujets une injection d'eau distillée et une injection d'hémostyl qui ne donnèrent aucune réaction.

W. Jadassohn et Jui-Wu Mu ont choisi comme animal d'expé-

rience le lapin, parce qu'il exerce comme l'homme une action atténuante sur le bacille du rouget. Ils ont utilisé, non pas une suspension de bacilles tués, mais de bacilles vivants. Une première injection donne une réaction manifeste avec rougeur et nécrose centrale ; on laisse guérir et on fait une nouvelle injection dans les mêmes conditions : il se produit une petite tache rouge, plus fortement infiltrée que la première. Si l'on refait les mêmes expériences en utilisant une suspension de bacilles soumise pendant une heure à la température de 70° l'injection ainsi préparée ne donne aucune réaction chez des lapins sains, mais donne au contraire une réaction nettement positive chez ceux de la première série d'expérience, qui ont été infectés par des bacilles vivants. Ces recherches viennent donc apporter une confirmation expérimentale aux résultats cliniques annoncés par Balbi. Pour Jadassohn et Jui-Wu Mu, on doit conclure de ces expériences que le bacille du rouget élabore une *exotoxine*, et ils comparent la réaction obtenue à la réaction de Schick dans la diphtérie.

Cependant d'autres auteurs, tout en étant d'avis que les lésions de l'érysipéloïde sont dues à une action toxique, estiment qu'il s'agirait d'une *endotoxine*, mise en liberté par un processus de bactériolyse résultant de réactions immunitaires locales.

Il nous semble qu'un bon argument en faveur de l'action toxique peut encore être apporté par ce fait que les examens bactériologiques directs par prélèvement sur les placards de l'érysipéloïde, sont presque constamment négatifs et que cette méthode est une des plus infidèles pour le diagnostic bactériologique, alors qu'il devrait logiquement en être tout autrement si l'accentuation des signes sur la bordure des lésions était due à une propagation centrifuge des germes pathogènes. Par contre, en parcourant les diverses observations publiées, on voit que le bacille se rencontre facilement dans le liquide séro-hématique de la phlyctène qui se produit parfois au point d'inoculation.

Ce serait donc, nous semble-t-il, non pas la diffusion du germe, mais la diffusion de la toxine en tache d'huile qui donnerait à la lésion cutanée son aspect morphologique particulier. Celui-ci serait dû à une réaction allergique qui s'étendrait du centre à la périphé-

rie, à mesure que s'établit l'immunité. Jadassohn (1), Desaux (2), ont bien insisté sur l'importance des processus biologiques d'allergie et d'immunité dans la morphologie des lésions cutanées.

Un autre argument nous semble être encore fourni par cet autre fait clinique : la rareté de l'affection, comparée à la fréquence des circonstances de contamination : l'érysipéloïde pourrait donc bien n'apparaître que chez certains sujets qui, en raison de leur profession auraient déjà subi des contaminations antérieures par lesquelles ils auraient été sensibilisés.

Diagnostic biologique. — Il est à peine besoin d'insister sur l'intérêt des recherches que nous venons d'exposer : au point de vue scientifique, si ces résultats se confirment, ils apportent une preuve très catégorique de l'identité du bacille de l'érysipéloïde et du bacille du rouget. Au point de vue pratique, il nous apportent un nouveau moyen de diagnostic et en particulier un moyen particulièrement simple et facile par la méthode des cuti-réactions utilisée par Balbi.

Recherches personnelles (exécutées avec la collaboration de M. William Lévy, Chef du Laboratoire de Saint-Lazare, que nous remercions pour son aimable concours).

a) Epreuve des précipitines :

Action du sérum du malade, à concentrations croissantes de 1/100 à 1/1, sur bouillon de culture filtrée, d'une part, sur un liquide renfermant les produits d'autolyse du rouget d'autre part. *Résultat négatif.* Aucune trace de précipité, même après 24 heures à l'étuve à 50 degrés ;

b) Epreuve des agglutinines :

Réaction d'agglutination selon la technique habituelle. *Résultat positif* : l'agglutination est nette jusqu'à 1/85 ;

c) Epreuve de la fixation du complément :

Antigènes : Nous avons employé comme antigènes soit un bouillon de culture concentré en microbes (90 millions par centicube), soit un autolysat de microbes du rouget. A la dose de 0,1, 0,2, 0,3, qui n'ont pas de pouvoir anticomplémentaire marqué.

(1) Jadassohn. L'importance des processus biologiques d'immunité dans la morphologie des lésions cutanées. *Arch. of Dermatology and Syphilology*, 3 mars 1930.

(2) Desaux. L'allergie cutanée. *Bulletin Médical*, 25 juillet 1931, p. 526.

Technique employée : technique de William Lévy. *Résultat négatif* : soit avec le sérum chauffé, soit avec le sérum frais ;

d) Epreuve de l'allergie cutanée :

Nous avons fait au malade quatre injections intradermiques d'une goutte des liquides suivants : 1° eau distillée ; 2° hémostyl ; 3° sérum de Leclainche ; 4° culture de rouget tuée par la chaleur.

Les mêmes injections ont été répétées sur nous-même comme témoin. *Résultats* : Sur le malade : Au bout de 24 heures, il est apparu une tache d'érythème au niveau de l'injection d'hémostyl et au niveau de l'injection de sérum de Leclainche. Cette tache, de forme arrondie un peu irrégulière, de la dimension d'une pièce de deux francs, avait une coloration rouge sombre assez intense, elle persistait encore au troisième jour. Il s'agit évidemment d'une réaction banale due aux albumines étrangères.

Aucune réaction cutanée ne s'est produite au niveau de la piqûre de vaccin.

Sur le témoin ; c'est au contraire au niveau de la piqûre de vaccin que nous avons constaté sur nous-même une petite réaction sous la forme d'une tache érythémateuse d'un rose très pâle, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, qui, au troisième jour avait pris une teinte vert pâle.

Aucune réaction au niveau des trois autres injections.

Comme on le voit, les résultats de ces injections intradermiques ne concordent pas avec ceux qui ont été constatés par Balbi. Mais il convient de remarquer, d'une part, qu'elles ont été effectuées avec un stock-vaccin, d'autre part, qu'elles n'ont pu être effectuées qu'au retour du malade de ses vacances, soit le 11 septembre alors que l'accident datait du 14 juillet.

Néanmoins, le résultat positif de l'agglutination est à retenir bien qu'elle n'ait pas été obtenue à un taux aussi élevé que d'autres auteurs : 1/300 et 1/500.

Traitement.

L'érysipéloïde étant habituellement une maladie bénigne, il suffira le plus souvent, de se borner à quelques *soins locaux* : antiseptiques, émollients ou résolutifs.

Comme antiseptiques, Sabrazès et Muratet signalent dans leur cas l'inefficacité de la teinture d'iode, tandis que les applications de compresses imbibées de solution de sublimé à 1 o/oo furent très efficaces.

Comme émollients on pourra utiliser les décoctions de racine de guimauve.

Comme résolutifs, les pâtes de zinc, au goudron, à l'ichtyol.

Dans notre cas personnel, nous avions, les premiers jours, prescrit des applications de pansements humides avec de l'eau chaude additionnée d'eau oxygénée. M. Burnier, par la suite, conseilla la pâte à l'ichtyol, la guérison fut facile et rapide en quinze jours.

Mais il faut songer à la possibilité de cas plus accentués, soit par l'exagération des signes locaux, par apparition de complications comme l'arthrite, soit par apparition de signes généraux septicémiques dont on a même vu quelques cas aboutir à la mort.

Dans ces cas, il sera nécessaire de faire intervenir la *médication spécifique* par la sérothérapie, locale ou générale, et la vaccinothérapie, qui chez le porc donnent couramment des résultats merveilleux et ont permis d'obtenir une diminution très sensible de la mortalité du rouget.

Exposons brièvement quels sont les procédés de la médecine vétérinaire, dont on pourra s'inspirer pour le traitement de l'érysipéloïde dans les cas graves.

Dès 1883, Pasteur et Thuillier appliquèrent la vaccination, en se servant de cultures vivantes, mais atténuées par le vieillissement ou le passage sur lapin ; la méthode était efficace, mais dangereuse et amenait une mortalité de 10 o/o.

Lorenz, en 1897, apporta l'amélioration suivante : il injectait d'abord le sérum d'animaux vaccinés (lapins) ou convalescents de la maladie naturelle : il réalisait ainsi une sorte d'immunisation passive, puis il procédait à la vaccination par injections de cultures en bouillon atténuées.

Leclainche, en 1898, a perfectionné encore la méthode, en utilisant le sérum de cheval inoculé par le bacille du rouget. On injecte une ampoule contenant un mélange de ce sérum et de virus actif, ce dernier étant ainsi neutralisé et rendu inoffensif par le sérum ; de la sorte, on réalise simultanément une vaccination passive et active.

Mais si cette méthode convient pour le traitement *préventif*, le

traitement *curatif* comporte certaines précautions : dans les cas où il y a eu de la mortalité par rouget dans une porcherie, il ne faut pas employer d'emblée le vaccin, qui pourrait être dangereux chez des animaux en incubation ou porteurs de germes sains, en exaltant la virulence de ces germes. Il est recommandé de faire d'abord une injection de 10 à 30 centicubes de sérum curatif, qui suffit à neutraliser les germes latents et à donner une immunité passive de 10 à 15 jours de durée. Au bout de ce temps on fait une injection de séro-vaccin mixte, passif et actif. Enfin un peu plus tard, une troisième injection de vaccin actif. Par cette méthode progressive, on évite tout incident fâcheux (d'après MOUSSU : *Les maladies du porc*).

Transportons ces notions à la médecine humaine :

Le vaccin n'a jusqu'à présent été employé que rarement et il ne serait peut-être pas sans danger d'en faire usage.

La médication spécifique n'a été utilisée que sous la forme de la sérothérapie, locale ou générale.

SCHRAPF et FOUQUET formulent de la manière suivante les règles à observer :

a) *pendant la période d'incubation* :

Verser le plus tôt possible sur la plaie suspecte quelques gouttes de sérum de LECLAINCHE, et appliquer ensuite pendant 2 à 3 jours des compresses imbibées de ce sérum. L'évolution est arrêtée.

b) *pendant la période d'invasion localisée* :

Toposérothérapie : injections de sérum de LECLAINCHE tout autour du foyer ;

c) *période d'invasion générale* :

Injection massive de sérum de LECLAINCHE sous la peau de l'abdomen. La dose, en médecine vétérinaire est de 10 centicubes par 50 kilogrammes. Chez un homme de 65 kilogrammes, employer 20 centicubes. Les accidents locaux et généraux s'amendent rapidement.

Cas de Cotoni : du 4e au 7e jour, 5 + 20 + 20 centicubes de sérum. Rétrocession des accidents et guérison au 9e jour.

Cas de Cauchemez : 12 jours après l'inoculation, au moment de l'invasion générale : 25 centicubes de sérum ; guérison rapide.

Cas de Fouquet : le 13e jour, injection de 20 centicubes de sérum ; régression rapide : au bout de 48 heures, il ne persistait qu'une petite rougeur au point d'inoculation.

BALBI, sur 5 malades, en a traité 4 par le sérum, et dit avoir eu des résultats « surprenants » ; le 5e a été traité par le vaccin avec un bon résultat, mais plus lent : 7 jours.

BAZZOLI a utilisé aussi le sérum de Leclainche, en applications locales et en injections et se loue des bons résultats obtenus.

Cependant l'injection de sérum ne doit toutefois être employée qu'avec prudence et à bon escient, à cause des accidents sériques possibles, ce qui eût lieu entre autres dans l'auto-observation de Cotoni. Un médecin allemand GESTEWITZ, rapporte également un cas où l'injection de sérum occasionna des accidents anaphylactiques qui persistèrent pendant trois mois; il estime donc que l'injection n'est pas recommandable et il préfère utiliser le sérum seulement en applications locales.

Ne notons que pour mémoire diverses autres méthodes qui ont été essayées avec des résultats incertains : *autothérapie* (RICHTER) *protéinothérapie* (REDWITZ), *scarifications superficielles* (NOVAROWSKI), *scarifications profondes* (ARNHOLZ). Signalons aussi que, dans la septicémie des souris, on aurait obtenu de bons résultats par les injections intraveineuses d'*arsénobenzol* (KOLLE). Enfin le « dernier cri » est le traitement par les rayons ultra-violets (MUHLPFORDT, avril 1931).

Considérations et conclusion.

Parvenu au terme de cette étude, nous croyons ne pas avoir fait œuvre inutile en rassemblant dans une vue d'ensemble des notions fragmentaires éparses dans des publications diverses, dont certaines peu accessibles. Ce travail qui n'a pas encore été fait en France, pourra contribuer à faire mieux connaître une dermatose peu connue parce qu'elle est rare, rare parce qu'elle est peu connue.

Il semble bien que l'érysipéloïde soit plus fréquent dans les pays de l'Europe Centrale, notamment en Allemagne, où de nombreux cas ont été publiés et de non moins nombreux sans doute non publiés. En Italie, BAZZOLI, en trois mois, a pu en réunir 12 cas, dans une région où sévissait il est vrai, une épizootie de rouget.

Mais peut être bien que si cette affection était mieux connue en France, elle y serait plus souvent reconnue ; il est certain que le cas

dont nous avons rapporté l'observation nous aurait échappé si quelque temps auparavant nous n'avions pas lu un travail sur ce sujet.

Comme le font remarquer plusieurs auteurs, il y a encore une raison pour que les cas d'érysipéloïde échappent, peut-être plus souvent qu'on ne le pense, à l'attention des médecins : c'est que les sujets qui sont atteints de cette dermatose ne vont pas s'adresser aux dermatologistes qui pourraient y penser.

L'érysipéloïde vient presque toujours compliquer de petites blessures des mains produites pendant le travail, de sorte que le malade va s'adresser de préférence au médecin d'accidents du travail, qui généralement ne connaît pas, ou connaît peu, la dermatologie. De fait, dans notre cas personnel, c'est à titre de voisin et comme accidenté du travail, que le malade avait eu recours à nos soins.

Si l'érysipéloïde n'est pas aussi rare, il n'est peut être pas non plus aussi bénin qu'on le croit. Cette affirmation supposerait une connaissance parfaite de la maladie qui fait justement défaut, et comporte donc une pétition de principe. Si par exemple l'érysipéloïde est une dermatose allergique, on peut bien imaginer qu'il existe aussi des sujets anergiques chez lesquels l'infection pourrait déterminer des accidents septicémiques graves dont la nature serait méconnue. Et il serait cependant d'un grand intérêt de la reconnaître, puisque, contre cette septicémie, contrairement à d'autres, nous possédons une arme très efficace, le sérum de Leclainche, dont l'efficacité est telle, que certains auteurs la comparent à celle du sérum antidiphtérique dans la diphtérie.

La connaissance de l'érysipéloïde présente encore une importance pratique à un autre point de vue : *le point de vue médico-légal*, ainsi que le font justement remarquer Schrapf et Fouquet.

Cet aspect de la question n'est pas négligeable à notre époque de « rentomanie » où le développement de la médecine « sociale » et la propagande des théories de « solidarité » peut-être justes en principe, ont abouti en pratique à ce résultat paradoxal d'exalter jusqu'à l'outrance le sentiment de l'intérêt individuel, si bien que la moindre égratignure, civile ou militaire, réelle ou imaginaire, est désormais exploitée, jusqu'à la quintessence, par l'individu, aux dépens de la société.

L'érysipéloïde est-il un accident du travail, ou une maladie professionnelle ? La responsabilité du dommage incombe-t-elle aux Assurances sociales, ou aux Assurances d'accidents du travail ? Faut-il tenir compte de la possibilité de conséquences lointaines : cardiopathies, arthropathies ? Autant de points sur lesquels pourra s'exercer la casuistique des juristes et la sagacité des médecins légistes.

On devra penser à l'érysipéloïde surtout dans les cas de blessures des mains chez des sujets qui, par leur profession, sont en contact avec des animaux et surtout des porcs, ou sont appelés à manipuler des matières d'origine animale. En premier lieu, bien entendu, les vétérinaires, bouchers, charcutiers, porchers, employés d'abattoirs, tripiers. Mais aussi les pêcheurs, mareyeurs, marchands de poissons, de coquillages, coquetiers, cuisiniers et cuisinières, valets de ferme, marchands de peaux de lapin, tanneurs, corroyeurs, etc.

Nous terminerons par une conclusion qui sera en même temps une définition, plus exacte et plus compréhensive que celle que nous avons donnée en commençant :

L'érysipéloïde est une affection cutanée, due à l'inoculation sur la face dorsale de la main le plus souvent, d'un bacille spécial, dit bacille du rouget, parce qu'il est l'agent pathogène du rouget du porc, mais ce bacille, très répandu dans la nature, vit à l'état de saprophyte sur toutes sortes de substances d'origine animale et sur d'autres espèces que le porc, dont le contact peut suffire à occasionner la contagion.

Paris, le 15 septembre 1931.

Nous adressons nos très vifs remerciements à MM. Truche et Staub Chefs du Laboratoire des vaccins vétérinaires de l'Institut Pasteur qui ont bien voulu mettre à notre disposition les sérums et vaccins nécessaires à nos recherches, et à M. Rinjard, Directeur du Laboratoire national de recherches de l'Ecole Vétérinaire d'Alfort pour l'aide qu'il a bien voulu nous apporter pour notre documentation bibliographique.

BIBLIOGRAPHIE (1)

Française.

COTONI : Etude sur le bacille du rouget (auto-observation avec une planche en couleurs montrant l'aspect objectif des lésions cutanées). *Ann. de l'Institut Pasteur*, t. XXXIII, p. 634. — CAUCHEMEZ : Auto-observation de contamination par le rouget. *Recueil de Médecine vétérinaire de l'Ecole d'Alfort*, 30 avril 1925. — CESARI : Le rouget du porc. Transmission à l'homme. *L'Hygiène de la viande et du lait*, décembre 1907, p. 544. — CHAMBERLAND : Résultats pratiques des vaccinations contre le charbon et le rouget en France. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. VIII, 1894, p. 161. — DUBREUILH et JOULIA : De l'érysipéloïde. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1922, p. 1031. — DUMONT et COTONI : Bacille semblable au bacille du rouget, rencontré dans le liquide céphalo-rachidien d'un méningitique : *Ann. de l'Inst. Pasteur*, octobre 1921, p. 625. — DOPTER et SACQUÉPÉE : Précis de bactériologie. — LOIR : Résultats pratiques de la vaccination préventive des porcs contre le rouget : *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. I, 1887, p. 356. — LECLAINCHE : Sur la sérothérapie du rouget du porc : *C. R. Soc. Biologie*, 1897, p. 428. — LECLAINCHE : La sérothérapie du rouget du porc. *C. R. Soc. Biologie*, 1899, p. 346. — MAUCLAIRE : Panaris superficiel par le bacille du rouget du porc : *Arch. Générales de Chirurgie*, 1913, p. 30. — METCHNIKOFF : Etudes sur l'immunité. Immunité des lapins contre le bacille du rouget des porcs (avec 16 fig. bactériologiques en couleur montrant nettement l'aspect morphologique du bacille). *Ann. de l'Inst. Pasteur*, t. III, 1889, p. 289. — MOUSSU : *Les Maladies du porc*. Asselin et Houzeau, 1917. — NOCARD et LECLAINCHE : Les Maladies microbiennes des animaux. Paris, 1903. — PANISSET : La présence du bacille du rouget et de bacilles semblables chez les autres espèces animales que le porc. *Revue générale de médecine vétérinaire*, 15 juin 1922, p. 317. — PASTEUR et THUILLIER : Sur le rouget ou mal rouge des porcs. *C. R. Acad. des Sciences*, 4 déc. 1882. — PASTEUR et THUILLIER : La vaccination du rouget des porcs à l'aide du virus mortel atténué de la maladie : *C. R. Acad. des Sciences*, 26 nov. 1883. — SCHRAPF et FOUQUET : Le rouget de l'homme. *Presse Médicale*, 4 nov. 1926, n° 71, p. 1136. — SABRAZÈS et MURATET : Rouget du porc chez l'homme. *Gazette hebdomadaire des Siences Médicales de Bordeaux*, 11 juillet 1920, p. 326 et *Bull. de la Soc. de Biologie*, année 37, n° 9, 1920, p. 285, 6 juillet. — VOGES et SCHUTZ : *Archives de technique et de pratique vétérinaire*, 1898.

Allemande.

ACEL : Zur Ætiologie des Erysipéloides. *Deut. Med. Woch.*, 1924, n° 29. — ARNHOLZ : De la pathologie et du traitement de l'érysipéloïde. *Arch. für Klin. Chirur.*, 1925, Bd. III, p. 736 et *Journal de Chirurgie*, t. XXVIII,

(1) Cette bibliographie ne comprend pas toutes les publications vétérinaires, mais seulement celles qui présentent un intérêt au point de vue général, ou au point de vue particulier de la médecine humaine.

n⁰ 3, 1926. — AXTHAUSEN : *Klin. Woch.*, 1923, p. 297. — BERDE : Fall on toxic odermamenstuale mit erysipeloidartigen Erscheinungen. *Orvosi Hetilap*, vol. LXVIII, n⁰ 14, 1924. — CALLOMON : Zur Klinik und serotherapie des érysipéloïdes. *Dermat. Woch.*, vol. LXXXIV, n⁰ 6, 1927, p. 189. — CALLOMON : *Handb. H. u. Geschl. Krank. de Jadassohn*, Bd. IX. — CASPER : Uebertragung. *Deutsche tierarztliche Woch.*, 1899, p. 445. — DIEMER : Zur Frage der Erysipeloïdes. *Klin. Woch.*, 1923, n⁰ 22. — DUYTMANN : Schweinerotlauf und Erysipeloid. *Bruns. Beitrf. Klinik*, vol. CXXIII, p. 461. — ESAU : Der Schweinerotlauf bein Menschen. *Deut. Med. Woch.*, 1925, n⁰ 18, p. 734 et *Deuts. Med. Woch.*, 1924, n⁰ 1, p. 278. — EBER : Geflugel rotlauf (Rotlauf septikæmie der Vogel). *Deuts. tierarz. Woch.*, 1921. — FRANK : Ueber Erysipeloid und seine Behandlung. *Deut. med. Woch.*, 1917, n⁰ 39. — GUNTHER : Schweinerotlauf bein Menschen Gleichzeitig ein Beitrag z. Erysipeloidfrage. *Wien. Klin. Woch.*, 1912, 29 août, n⁰ 35. — GANS : Histopathologie der Hautkr. Springer, Berlin. — GERLACH : *Seuchebekampfung*, 1925. p. 217. — GOTTRON : *Dermat. Zeit.*, Bd. LI, p. 49. — GESTEWITZ : Contribution au traitement du rouget de l'homme. *Medizinische Klin.*, 1922, p. 729 et analysé dans *Deut. tierarz. Woch.*, 29 juillet 1922 et *Revue générale de Méd. Vétér.*, 1913, p. 509 — HUNTEMULLER : *Zentral. inn. Med.*, Bd. XLII, p. 993. — HENNIG : *Berliner tierarz. Woch.*, 15 juillet 1907, p. 542. — HILLEBRAND : Uebertragung des Schweinesrotlauf auf den Menschen. *Zeitschrift für Medizinalbeamte*, 1899, p. 544. — HARTMANN : Versammlung des Vereinkuhresrische tierarzte. *Berliner. tierarz. Woch.*, 1901, p. 153. — HAUSSER : Bacilles du rouget dans les exsudats diphtériques des poules. Bakteriologische Untersuchung uber geflugel diphterie. *Centralblatt fur Bakteriologie*, 1909, vol. XLVIII. — JARMAI : Das Vorkommen der Rotlaufbazillen bei Vogeln. *Berliner. tierarz. Woch.*, 1920, p. 17. — KRUSE : Die Microorganismen. *Traité de C. Hugge, 3ᵉ édition* 1896, 2ᵉ vol., p. 447. — LINSER : Sur un cas de rouget du porc chez l'homme. Ueber einen Fall von Sweinrotlauf beim Menschen. *Dermat. Zeitschrift.*, 1911, t. XVIII, p. 352. — LUBOWSKI : Bacilles du rouget trouvés dans les selles d'un garçon atteint d'ictère. *Deut. Med. Woch.*, 1901. — LŒFFLER. Experimentelle Untersuchungen uber Schweine rotlauf. *Arbeiten ad. k. Gesuntheimsamte*, 1885. — MAYER : *Arch. f. Klin.*, Bd. CXXXII, p. 4. — MUHLFORDT : Zur Terapie der Erysipeloides. *Munsch. Med. Woch.*, 1924, n⁰ 20, p. 649. — MUHLPFORDT : Faut il traiter l'érysipéloïde par le sérum du rouget du porc, ou par l'irradiation ultraviolette intensive ? (Rotlaufserumbehandlung oder Hohensonneintensivbestralung der Erysipeloides). *Dermat. Zeitsch.*, t. LX, fasc. VI, avril 1931, p. 445. — MAYER : Uebertragung .. Notiz sur de Aufsatz des Kerren Dr Hillebrand. *Zeitschrift. f. Medizinalbeamte*, 1899, p. 611. — PICH : Zur Ætiologie und Therapie des Erysipeloides. *Dermat. Woch.*, Bd. LXXIX, p. 51, 1924. — PRAUSNITZ : Bakteriologische Untersuchungen uber Schweinrotlauf bei Menschen. *Zlb. f Bakter.*, 1921. Bd LXXXV, n⁰ 362. — PRETTNER : *Berliner tierarz. Woch.*, 1901, p. 669. — POELS : Polyarthrite du mouton due au rouget. Polyarthritis bein Schafe verursacht durch Rotlaufbazillus der Schweine. *Folia Microbiologica*, 2ᵉ année. — PFAFF : Présence du bacille du rouget dans certaines épidémies des poules. Schweinerotlauf bakterien als Erreger einen chronischen Huhnerseuch. *Zeitschrift Inf. Krank des Haustiere*, décembre 1921. — REDWITZ : Das Erysipeloid. *Munsch. Med. Woch.*, 1924, n⁰ 14, p. 438 et n⁰ 25, p. 837. — REICH : Ueber das Erysipeloid. *Wiener. Med. Woch.*, 1908, n⁰ 11. — ROSENBACH : Ueber

das Erysipeloid. *Archiv. f. Klin. Chur.*, vol. XXXVI, p. 346, 1887. — ROSENBACH : Etudes expérimentales, morphologiques et cliniques sur les microbes causant le rouget, l'érysipéloïde et la septicémie des souris. *Z. f. hygiene*, Bd. LXIII, p. 543, 1909. — RUPPRECHT : Das Erysipeloid. *Munch. Med. Woch.*, 1924, no 18, p. 590. — RICKMANN : *Z. f. Hygiene*, Bd. LXIV, p. 362, 1909. — SONNTAG : Ueber das Erysipeloid und seine Behandlung. *Fortschr. d. Ther.*, vol. I, 1925, n° 3, p. 70. — SIEBEN : *Med. Klinik*, 1925, p. 129. — SPITZER : *Zeitschrift f. Fleisch und Mich Hygiene*, nov. 1925. — SCHMUCK : *Berliner. tierarz. Woch.*, 22 nov. 1906 et analysé dans *Hygiène de la viande et du lait*, n° 1, p. 20. — SCHIFF : Zur Biologie des Schweinrotlauf bacillus und gleicher septikæmieverreger. *Deut. tierarz. Woch.*, 1910. — SPENGLER : Infection de l'homme lors de l'inoculation vaccinale contre le rouget. *Zeitschrift f. Fleisch und Milchhygiene*, sept. 1907. — SCHOTTELIUS : Rotlauf des Schweine. *Wiesbaden*, 1885. — STADIE : Etude sur la biologie du bacille du rouget au point de vue de l'utilisation de la viande et de la nocivité des cadavres infectieux. Berlin, 1904. Analysé dans *Revue générale de Médecine Vétérinaire*, 15 mars 1905. — WERTH : Das Panaritium. *Ergebd. Chir. u. Oth.*, vol. XVI, p. 752, 1923. — WARSOW : Ueber Erysipeloid. *Communic. à la Med. Gesell. de Leipzig. Klin. Woch.*, vol. III, n° 33, 1924, p. 1516. — WALLECZED : Le rouget du porc est-il transmissible à l'homme ? Ist der Schweine rotlauf auf den Menschen uber tragbar ? *Med. Klinik* et analysé in *Zentralblatt f. Haut und Geschlecht Krankheiten*, 1921, t. II, p. 171.

Anglaise et Américaine.

ANDERSON : Erysipeloide (Rosenbach) Erythema serpens (Morrant Baker). Observation typique. *Dermatological Society of London*, 8 février 1899. — BECHET : Erysipeloid of Rosenbach. *Arch. of Derm. a. Syph.*, Bd. X, vol. V, p. 657. — GILCHRIST : *Journ. Cut. Dis.*, 1914, p. 207. — JOPSON : Erysipeloid de Rosenbach (trois observations chez des assistants de laboratoire). *American Journal of the Medical Science*, mai 1908, p. 729. — KLAUDER : Erysipeloid and swine erysipelas in man. *The Journ. of American Ass.*, vol. LXXXVI, no 8, 1926. — KLAUDER, RIGHTER et HARKINS : *Arch. of Dermat.*, vol. XIV, p. 662. — MORRANT BAKER : Erythema serpens (5 cases). *St. Barth. Hosp. Rep.*, 1873, t. IX, p. 198-211.

Italienne.

BALBI : *Atti Soc. Med. Chir. Padova*, 1930. — BALBI : Contributo alla conoscenza dell'eresipeloide. *Il Dermosifiligrafo*, Ann. VI, no 2, févr. 1931, p. 71. — BAZZOLI : Il mal rossino e l'eresypeloide. *Archivio italiano di Dermat. Sif. e Vener.*, vol. II, fasc. V, juin 1927, p. 449. — DE WECCHI : Studio sul mal rosso dei suini. *Annali d'Igiene*, 1923, p. 260. — FOA : *Tratt. Anat. Patol. Microparasiti vegetali*, vol. VI et VII, Torino, 1923. — GROSSO : Le diagnostic bactériologique du rouget. *Il Moderno Zooiatro*, 1917, no 4. — HUTYRA-MAREK : Pat. spec. e Ter. degli animali domestici. *Vallardi*, Milano, 1916 et ed. 1927. — LUSTIG : Malttie infettive dell'uomo e degli animali. *Vallardi*, Milano, 1922. — MEUCCI : Alcuni casi dimal rossino nell'uomo. *Terapia*, 1926, n° 82, p. 107. — PACCHIONI : Sulla diffusione del mal rossino

in Italia. *La Nuova Veterinaria,* 1926. — PIERI : Erysipeloide. *Policlinico,* vol. XVI, p. 517, 1909. — RAGAZZI : Caso d'Erysipeloide. *Gazz. d. Osped.,* vol. XXIV, p. 87. — RAVENNA et CAZZANIGA : Lesioni Sperimentalli da bacilli e da tossine del mal rossino. *La Clinica Veterinaria,* n° 9, 1923.

Divers.

AFZELIUS : Erythema chronicum migrans. *Acta Derm. Vener. Upsala,* 1921, vol. II, p. 120. — CHRISTIANSEN : Infection septicémique à bacilles du rouget chez les agneaux. *Maaneds for Dyrlaeger,* 31, 1919.

ANALYSES

des principaux travaux reçus en août 1931.

Annales des Maladies Vénériennes (Paris).

Revue de l'état actuel de la question du traitement de la blennorragie chez l'homme, par R. S. Iablenik. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 8, août 1931, p. 561.

I. étudie rapidement les différentes méthodes de traitement et leurs résultats. Le choix du médicament est d'importance secondaire, le principal est la perfection de la méthode thérapeutique. La méthode de Janet donne dans l'ensemble les meilleurs résultats. Les médications internes sont de peu de valeur dans le traitement de la blennorragie. Le diagnostic topographique exact est de première importance. Les rayons X, la spermoculture, la réaction de Bordet-Gengou seront à utiliser dans les cas délicats et devraient entrer davantage dans la pratique courante. Le massage des glandes est un bon moyen de traitement. La diathermie doit prendre une extension plus considérable. L'immunothérapie sera surtout utile dans les complications de la blennorragie. Il y aura intérêt dans certains cas à interrompre le traitement pour permettre à l'organisme de développer ses réactions de défense. Les cures thermales seront utiles dans le traitement des complications.

H. Rabeau.

Iodides bulleuses pemphigoïdes végétantes profuses du visage et du cou apparues brusquement, par Houloussi Behdpet. *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, n° 8, août 1931, p. 581, 1 fig.

Chez un malade, porteur d'hydarthrose, six heures après ingestion de 1 gr. 50 d'iodure de potassium (0 gr. 50 le jour précédent), apparition sur la face d'un érythème diffus avec œdème des paupières et de la langue, d'éléments vésiculo-bulleux aux pommettes, autour des orifices, poussée thermique à 39°. Augmentation progressive, et 24 heures après le visage est couvert d'éléments pemphigoïdes bulleux étendus. Albuminurie, avec présence de cylindres granuleux. La guérison du malade ne fut obtenue qu'au bout d'un mois.

H. Rabeau.

Uréthrites chroniques et impuissance, par E. Orphanides (Stamboul). *Annales des Maladies Vénériennes*, 26e année, no 8, août 1931, p. 583.

Pour O., le blennorragique n'arrive pas facilement à l'impuissance, et contrairement à l'opinion de Valverde qui estime que le syndrome génital des jeunes gens a pour substratum des lésions de l'urèthre postérieur, de la prostate et des vésicules séminales, il pense que le plus grand nombre d'impuissants jeunes est recruté parmi les psychasthéniques et les psychopathes. Pratiquement, le problème de l'impuissance sexuelle est complexe, à la fois nerveux, psychique et glandulaire.

H. Rabeau.

Amblyopie transitoire à la suite d'une injection musculaire de sel oléo-soluble de bismuth, par Dupuy-Dutemps, Burnier et P. Blum. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, no 8, août 1931, p. 583.

Cette observation a été communiquée à la Société Française de Dermatologie le 21 mai 1931. L'hypothèse la plus vraisemblable est celle d'un spasme des artères cérébrales postérieures, sous l'influence du médicament. Sézary, Clément Simon et Bory ont rapporté des faits de même ordre.

H. Rabeau.

Un cas d'ulcère aigu de la vulve de Lipschütz, par Burnier et A. Carteaud. *Annales des Maladies Vénériennes,* 26e année, no 8, août 1931, p. 590, 2 fig.

Apparition brutale chez une fillette de 14 ans 1/2 d'ulcérations de la vulve s'accompagnant de signes généraux. La lésion première siège à la grande lèvre gauche et simule à un examen rapide le chancre syphilitique. Secondairement, sur la petite lèvre gauche, lésions ulcéreuses superficielles à bords irréguliers et déchiquetés. Au cours de l'évolution, lésions ulcéreuses miliaires disséminées, de durée éphémère. L'évolution totale va du 15 avril au 21 mai. Les examens bactériologiques ont montré du *bacillus crassus* en quantité très abondante.

Cette belle observation de cette affection très rare présente deux particularités intéressantes : d'une part, un polymorphisme très spécial qui ne rentre pas dans les types habituellement décrits, d'autre part, son apparition peu de temps après un érythème noueux chez une malade dont les antécédents familiaux sont entachés de tuberculose.

H. Rabeau.

Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie (Paris).

Le lichen plan érosif, par G. Milian. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 6, juin 1931, pp. 323-327.

L'auteur signale que sur les muqueuses des papules confluentes de lichen plan peuvent s'éroder ; le même symptôme a été observé par lui une fois sur le prépuce. Dans ce dernier cas, il s'agissait d'une érosion luisante vaguement suintante ; histologiquement, l'épiderme était réduit à une mince couche de deux ou trois assises cellulaires

amincies, les papilles du derme avaient disparu complètement et le derme lui-même était uniformément infiltré de lymphocytes avec léger œdème et dilatation capillaire.

Au niveau de la muqueuse buccale, il s'agit d'une érosion en nappe de forme irrégulière généralement à tendance losangique, siégeant à la voûte palatine. Il existe une forme diphtéroïde.

L'auteur insiste sur la possibilité de développement de telles lésions dans les lichens très aigus, spécialement dans les formes irritées par un traitement arsenical ou apparaissant à l'occasion d'une thérapeutique chimique arsenicale ou aurique. Il insiste sur les difficultés du diagnostic avec la leucoplasie ulcérée et l'érythroplasie.

A. Bocage.

Parapsoriasis en gouttes avec leucomélanodermie du cou simulant la syphilide pigmentaire, par G. Milian et L. Lafourcade. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 6, juin 1931, pp. 328-330.

Observation d'un cas de diagnostic extrêmement difficile au début en raison de la discrétion de la desquamation, de l'existence d'un îlot fauché sur la langue, d'un petit élément infiltré sur la verge et de taches dépigmentées au niveau du cou. La sérologie, l'absence d'adénopathie et de signes généraux, la biopsie enfin permirent d'asseoir le diagnostic, confirmé par l'évolution clinique.

A. Bocage.

A propos de la pathogénie de l'érythrodermie arsenicale, par G. Garnier. *Revue Française de Dermatologie et de Vénéréologie,* 7e année, no 6, juin 1931, pp. 331-334.

L'auteur, qui paraît soutenir cette théorie que « l'érythrodermie est un phénomène d'ordre toxique dépendant d'altérations du sympathique », s'attache surtout à la critique de la théorie anaphylactique.

Il estime constante la positivité de l'intradermo-réaction au novarsénozenbol *après* les érythrodermies ; mais il ne la considère pas comme l'expression cutanée d'une sensibilisation humorale, d'une anaphylaxie arsénobenzolique ; avec M. Milian, il pense que l'intradermo-réaction traduit seulement une intolérance cutanée localisée, séquelle de cette intoxication chronique de l'organisme par l'arsénobenzol qu'est l'érythrodermie. La présence de précipitines dans le sérum en présence du 914 n'a d'après ses expériences aucune valeur comme l'avaient déjà dit Pomaret et Rubinstein. La transmission de l'anaphylaxie à l'animal est discutée ; des essais récents faits avec M. Milian ne lui ont pas permis de transmission d'anaphylaxie passive au cobaye en partant du sang de malades érythrodermiques récents, actuels ou anciens ; même résultat négatif chez l'homme par l'épreuve de Prausnitz-Küstner.

A. Bocage.

Annales d'Anatomie pathologique (Paris).

Sur un cas de syphilis testiculaire, par X. J. Contiades. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7, juillet 1931, pp. 782-786, 3 fig.

Histoire et anatomie pathologique d'un cas de syphilis scléro-gommeuse restant fistuleuse malgré le traitement antisyphilitique en raison du volume des lésions de sclérose, dont la castration permit de se rendre exactement compte. A. Bocage.

Sur certaines particularités de structure et de fonctionnement de la peau d'après les constatations faites lors d'une étude expérimentale des tatouages, par A. C. Guillaume. *Annales d'Anatomie pathologique,* t. VIII, n° 7, juillet 1931, pp. 775-777.

L'auteur a constaté que les colorants en solution injectés dans l'épiderme ou le derme sont résorbés par les vaisseaux des papilles dermiques. Les colorants formés de granulations en suspension dans un liquide injectés dans l'épiderme y forment un tatouage temporaire qui s'élimine en même temps que les assises épidermiques ; introduits dans le derme, les grains colorés y subissent une nouvelle répartition, qui en entraîne quelques-uns dans les vaisseaux et les lymphatiques et dépose les autres dans les espaces lymphatiques péri-vasculaires où ils restent. A. Bocage.

Epithéliomas cutanés sur cicatrices de brûlures, par A. Tavares et J. Bacelar. *Annales d'Anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7, juillet 1931, pp. 793-796, 1 fig.

Deux observations de cancers spino-cellulaires développés sans cause nouvelle apparente sur des cicatrices de brûlures remontant l'une à 16, l'autre à 23 ans. A. Bocage.

Kystes sébacés calcifiés du scrotum, par M. P. Weil, J. Delarue et J. Porin, *Annales d'Anatomie pathologique*, t. VIII, n° 7, juillet 1931, pp. 762-764 1 fig.

Chez un arthritique de 50 ans se développent des nodosités scrotales dont deux s'ulcèrent. On y trouve un amas anhiste calcifié avec discrète réaction inflammatoire chronique, siégeant en plein derme. Les auteurs pensent qu'il s'agit de kystes sébacés calcifiés. A noter leur groupement sur une étroite région au voisinage du raphé médian du scrotum.

A. Bocage.

Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris.

A propos du radio-diagnostic de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire, par Mélamet et Tilmant. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* n° 12, 27 juin 1931, p. 433.

A propos de la communisation de Leuillier disant qu'il n'était pas possible de faire à l'écran une discrimination entre les lésions syphili-

tiques et tuberculeuses du poumon, M. insiste sur la valeur diagnostique d'une image radiologique pour lui caractéristique de la syphilis. Ce sont les arborisations fibreuses qui, partant d'un hile plus ou moins chargé de ganglions, pénètrent en faisceaux plus ou moins denses dans le parenchyme. C'est la fibrose pulmonaire. Pour lui, toutes les scléroses du poumon sont d'origine syphilitique.

T. ne conteste pas la valeur de cette image radiologique très fréquente chez les syphilitiques. L'orientation primitive vers la sclérose fibreuse déclenchée par la syphilis se poursuivrait, plus activement, comme processus de défense contre l'infection tuberculeuse du poumon.

H. Rabeau.

Guérison des ulcères variqueux grâce aux pansements par occlusion, par Smester. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* n° 12, 27 juin 1931, p. 441.

S. utilise un pansement par occlusion, après antisepsie des plaies, à l'aide de bandes et d'une pâte qui absorbent les sécrétions et mettent les plaies à l'abri de l'air et de toute contamination. La pâte est une modification de celle de Unna et est composée de :

Oxyde de zinc....................	1
Glycérine pure..................	2
Gélatine pure....................	4
Eau	8 à 10

que l'on prépare au bain-marie.

Le pansement ne doit être ni trop lâche, ni trop serré, permettre l'absorption des sécrétions des plaies, être assez léger pour permettre toutes les occupations. Ce procédé lui a toujours donné d'excellents résultats.

H. Rabeau.

La dose thérapeutique de bismuth, par Galliot. *Bulletins et Mémoires de la Société de Médecine de Paris,* n° 12, 27 juin 1931, p. 444.

Dans cette note préliminaire, G. donne les résultats de ses premières recherches sur la dose optima de bismuth métal à utiliser. Il a traité des malades atteints de syphilis secondaire, dont l'évolution est facilement suivie et a utilisé de petites doses, allant de 2 milligrammes à 1 centigramme. Elles n'ont donné aucun résultat tant par voie musculaire que par voie veineuse. Il conclut que le bismuth n'agit pas comme un ferment puisque les petites doses sont inopérantes.

H. Rabeau.

Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris.

Réaction de Wassmerann positive, anomalie isolée du liquide céphalo-rachidien, par A. Sézary, A. Barbé et G. Lévy. *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris,* 3e série, 47e année, n° 25, 20 juillet 1931, p. 1368.

La réaction de Wassermann isolée du liquide céphalo-rachidien est une rareté ; les auteurs l'ont observée 2 fois chez des malades non traités. Dans l'un des cas, elle resta telle à plusieurs reprises, dans l'autre cas, elle était complétée à un examen ultérieur.

Sur 327 malades atteints de paralysie générale traités par le stovarsol sodique, ils ont noté cette dissociation dans 4,5 o/o des cas. Cette formule dissociée a précédé le retour à la normale des réactions du liquide 2 fois sur 15. Elle est restée stationnaire 2 fois sur 15. Le plus souvent (11 fois sur 15) elle n'a été que temporaire et a fait place à une formule totalement anormale. Elle paraît être le témoin d'accalmies évolutives biologiques. H. Rabeau.

Gazette des Hôpitaux (Paris) et Paris Médical.

Règles générales des traitements antisyphilitiques. La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années, par Gougerot. Publication de la Commission générale de propagande de l'Office national d'hygiène sociale (ministère de la santé publique), *Gazette des Hôpitaux,* 104e année, n° 67, 22 août 1931, et *Paris Médical,* 21e année, n° 34, 22 août 1931.

Première période, traitement d'assaut : traiter aussitôt le diagnostic établi, par les doses maxima quel que soit le cas, bénin ou malin (1 cgr. 1/2 de novar par kgr. de poids), sous surveillance médicale attentive, cures plurimédicamenteuses, prolongées, avec des arrêts très courts (21 à 28 jours, pas plus) qui ménagent les émonctoires sans laisser le temps au tréponème de reprendre son activité ; contrôle sérologique ; recherche des repaires viscéraux de la syphilis ; poursuite du traitement d'attaque jusqu'à disparition complète des signes cliniques et humoraux ; en cas d'irréductibilité seulement, avoir recours à la pyréto ou à la malariathérapie.

Deuxième période, traitement de consolidation : en montrer l'utilité au malade, même si la sérologie est négative, 2 à 4 ans au moins, continuer la surveillance sérologique et terminer par une ponction lombaire. En principe, une série d'injections tous les 3 mois.

Troisième période, traitement d'assurance contre la maladie : en principe, 4 cures par an, injections pendant 10 ans, ensuite, en partie traitement buccal, et après la 20e année, 2 séries de traitement par an. Après la 25e année, surveillance médicale annuelle.

A. Bocage.

Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques (Paris).

Ce qu'on doit savoir des syphilis arséno-résistantes, par H. Gougerot et A. Carteaud. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 102e année, 10 août 1931, 15e cahier, art. 30.008.

On doit distinguer les types arséno-résistant et arséno-récidivant, quoi-

que l'association soit possible, même assez fréquente, survenant précocement ou tardivement. Il y a des degrés dans cette arséno-résistance qui peut être partielle, complète, ou même s'accompagner d'un processus d'exacerbation. Les formes cliniques de l'arséno-résistance revêtent deux aspects plus particuliers : viscéro-récidives et éruptions papulo-squameuses, syphilides secondo-tertiaires. La difficulté du diagnostic est accrue dans certains cas par la négativité du Bordet-Wassermann. La pathogénie de ces faits est complexe, les auteurs estiment qu'il y a des constitutions arséno-résistantes plus que des malades devenus arséno-résistants. Le pronostic de ces malades n'est pas aussi grave qu'on pourrait l'imaginer, les poly-résistances sont relativement rares et les malades s'amendent par la thérapeutique bismuthique ou mercurielle. Il faut, dès qu'on a reconnu cette arséno-résistance, changer le traitement et s'efforcer de modifier le terrain.

H. RABEAU.

Règles générales des traitements antisyphilitiques. La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années, par GOUGEROT. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 102e année, 10 août 1931, 15e cahier, art. 30.009.

Conférence faite aux Journées prophylactiques de Paris-Rouen, et que l'Office national d'Hygiène sociale du Ministère de la Santé publique a fait insérer dans tous les journaux médicaux. G. divise le traitement de la syphilis en trois périodes : 1re période, traitement d'assaut et de guérison des accidents cliniques et humoraux ; 2e période, traitement de consolidation ; 3e période, traitement d'assurance contre la maladie. Il schématise les règles du traitement et montre les raisons qu'il y a de le poursuivre pendant de longues années.

H. RABEAU.

La tuberculose acquise des syphilitiques, par P. CHEVALLIER. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 10 août 1931, 15e cahier, art. 30.010.

De façon directe ou indirecte, la syphilis peut favoriser la tuberculose. C. l'a observée souvent, venant compliquer une syphilis récente survenant soit chez les sujets jeunes, où elle commence souvent par une typho-bacillose, soit chez les sujets d'âge mûr où elle prend souvent la forme ulcéro-caséeuse. Il faut traiter ces tuberculoses sursyphilitiques, en surveillant le traitement de très près. Il ne faut pas traiter les malades fébriles, il faut proscrire les arsénobenzols. La tuberculose venant compliquer une vieille syphilis évolue très vite du fait que les malades sont des polyscléreux en état de moindre résistance.

H. RABEAU.

Les opinions de J. Jadassohn sur quelques points importants de syphiligraphie, par R. COHEN. *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques,* 102e année, 10 août 1931, 15e cahier, art. 30.011.

I. Prophylaxie individuelle. J. recommande la prophylaxie par voie

digestive (stovarsol) et la prophylaxie par antisepsie locale, encore que leur emploi simultané empêche de savoir laquelle a été efficace. La crainte de syphilis décapitée ne lui semble guère à redouter.

II. La constitution du malade et le traitement spécifique. Les différences de terrain et les souches de spirochètes jouent un rôle beaucoup moins important dans notre thérapie qu'autrefois. Il faut cependant donner à chaque individu une quantité plus forte de médicaments qu'il n'est généralement indispensable. Le schéma thérapeutique doit être un compromis entre le risque de résistance et le risque d'accidents.

III. Le traitement précoce énergique augmente-t-il les chances de syphilis tardives et graves ? La réponse est formelle. Le traitement salvarsanique seul ou associé au bismuth est ce que nous pouvons faire de mieux dans l'intérêt des malades. L'augmentation des cas de syphilis nerveuse ou aortique est mise en doute par Jadassohn. La paralysie générale est en décroissance dans beaucoup de pays, l'aortite est mieux diagnostiquée maintenant qu'autrefois. L'absence ou la rareté des syphilis nerveuses ou aortiques dans les populations peu civilisées est controuvée maintenant que des missions de médecins ont fait porter leur étude sur un grand nombre de sujets.

H. RABEAU.

Journal d'Urologie (Paris).

De la syphilis vésicale, par E. F. CHOCHOLKA (Prague). *Journal d'Urologie*, t. XXI, n° 6, juin 1931, p. 576, 2 fig.

C. apporte 6 observations nouvelles de syphilis vésicale, s'ajoutant aux 56 cas observés par lui depuis 1911. La réaction de Bordet-Wassermann était positive dans 56,2 o/o des cas, négative dans 21 o/o. Elle n'a pu être faite dans les autres cas. L'aspect cystologique des lésions est si polymorphe qu'il est impossible de donner une description absolument caractéristique des modifications syphilitiques vésicales. Les formes le plus souvent observées sont : la forme en peau de chagrin, la forme en mûre, ou en mousse. C'est le résultat du traitement d'épreuve spécifique qui est le meilleur élément de diagnostic. La cystoscopie permettra d'en apprécier les effets. H. RABEAU.

Presse Médicale (Paris).

La chrysothérapie du lupus nodulaire, par F. LEBŒUF et A. MOLLARD. *Presse Médicale*, 39e année, n° 51, 1er août 1931, p. 1149.

Après les résultats contradictoires apportés au Congrès de Copenhague sur la chrysothérapie du lupus, les auteurs, dans le service du Prof. Nicolas, ont traité par les sels d'or 15 malades atteints de lupus plus ou moins étendu : 2 guérisons, 13 résultats favorables. Sont-ils définitifs ? Le temps manque pour l'affirmer. Toutefois, ils montrent que cette thérapeutique doit être tentée. On emploiera la voie intra-

veineuse ou intramusculaire. Les doses varieront avec le sujet. Il faut tâtonner pour la fixer avec précision. Les doses relativement fortes ne sont pas plus dangereuses que les doses faibles. Les complications tiennent plus à la susceptibilité propre des malades qu'à la quantité de sel injectée. Les auteurs emploient les doses de manière progressive et bissée, faisant au total 8 à 10 injections, ne dépassant pas 0,50, 2 injections par semaine. H. RABEAU.

Les pyodermites chroniques de type végétant et ulcéreux, par L. HUDELO et R. RABUT. *Presse Médicale*, 39e année, no 66, 19 août 1931, p. 1229.

Cette question est complexe, le polymorphisme est extrême, les dénominations et les classifications variées. Le polymétabolisme habituel rend toute classification étiologique impossible. L'étude approfondie que les auteurs ont faite des observations publiées, leur a permis de retrouver un certain nombre des caractères communs et d'établir une classification basée sur les caractères morphologiques : pyodermites végétantes pures, pyodermites ulcéro-végétantes, pyodermites ulcéreuses pures. Dans les pyodermites végétantes, ils distinguent les formes papillomateuses en nappes étendues, type le plus ancien, décrit par Hallopeau en 1889, la forme verruqueuse à petits foyers, la forme tumorale. Les pyodermites ulcéro-végétantes peuvent présenter deux modalités : végétante-érosive et ulcéro-végétante. Enfin, les pyodermites ulcéreuses peuvent être ou nettement ulcéreuses ou simplement érosives. H. et R. donnent de chaque forme une étude critique, et montrent les difficultés du diagnostic, les résultats thérapeutiques. H. RABEAU.

A propos du cycle évolutif du virus syphilitique. Le tréponème pâle est-il virulent, par Pierre LÉPINE. *Presse Médicale*, 39e année, no 66, 19 août 1931, p. 1233.

Le tréponème n'est pas la seule forme du virus syphilitique, l'hypothèse d'un cycle évolutif du *treponema pallidum* a été formulée depuis longtemps. Truffi, en 1913, avait remarqué la virulence presque constante des ganglions lymphatiques du lapin syphilisé, alors qu'on n'y trouve pas de spirochètes. Levaditi, Schœn et Sanchi-Bayarri arrivent à cette conclusion qu'il existe un cycle évolutif du virus syphilitique et des formes invisibles ou difficiles à déterminer par nos moyens actuels. Manouélian a vu l'hérédo-syphilis la plus typique évoluer en l'absence de tréponèmes visibles dans les viscères du fœtus.

La forme invisible du virus syphilitique est virulente, et l'inoculation à l'animal montre qu'il n'est pas même nécessaire que le virus syphilitique ait pris la forme visible pour que les organes soient virulents. Toute lésion syphilitique virulente contenant ou non des spirochètes renferme le virus à l'état infra-visible. Levaditi, Lépine et Schœn, par des inoculations à l'animal, ont apporté cette démonstration. La forme invisible du spirochète est seule virulente. L. apporte les deux arguments suivants. Le spirochète est cultivable, et ces spirochètes culturaux se montrent incapables de syphiliser l'animal. L'inoculation à

l'animal de fragments de cerveau de paralytiques généraux non traités a toujours échoué alors que les coupes montrent des tréponèmes très nombreux. Et L. conclut : forme visible avirulente, forme invisible virulente, telles seraient les phases principales de la vie du spirochète de Schaudinn. Ce même dualisme biologique a d'ailleurs été démontré par Ch. Nicolle et S. Blanc pour le spirochète de la fièvre récurrente.

H. Rabeau.

Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance, par M. Pehu et A. Policard. *Presse Médicale*, 39e année, n° 67, 22 août 1931, p. 1245.

Cet article contient seulement, disent les auteurs, des vues d'ensemble et particulièrement les conceptions auxquelles les ont conduits des recherches effectuées pendant plusieurs années. Ils montrent combien est fréquent l'envahissement du squelette fœtal par le spirochète ; il commence à atteindre les os dès le 5e mois de la vie intra-utérine, la plupart des os cartilagineux sont atteints. Les lésions osseuses ont été étudiées par la radiographie et l'anatomie pathologique, P. et P. ont constaté les altérations suivantes : ostéochondrite, périostite ossifiante, raréfactions osseuses, productions exubérantes hyperplasiques, bandes transversales méta ou diaphysaires. L'étude radiologique permet de déceler des lésions que l'examen clinique ne peut soupçonner. Ils décrivent les caractères de ces images radiologiques et leur diagnostic différentiel. On doit accorder à la présence des lésions osseuses décelées par les films radiographiques ou constatées par l'exploration anatomique directe, une valeur de premier ordre pour établir en toute certitude le diagnostic, souvent difficile, de syphilis congénitale de la première enfance.

H. Rabeau.

Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie (Paris).

La verrue péruvienne (sa transmission par le phlébotome), par Télémaco Battisttini. *Revue Sud-Américaine de Médecine et de Chirurgie*, t. II, n° 7, juillet 1931, p. 719.

Les recherches de Townsend semblaient établir définitivement le rôle des phlébotomes dans la transmission de la verrue péruvienne. Il se basait sur le nombre de ces insectes dans les régions où la verrue est endémique et leur absence en dehors de ces régions, sur le développement de la maladie chez des sujets piqués, sur les résultats positifs des inoculations faites avec des émulsions de phlébotomes.

A la suite de l'échec de certains essais de transmission expérimentale, les membres de la Commission américaine de Harvard ont nié la valeur de ces preuves. Ils inclinent à penser que l'agent de transmission serait une tique, comme dans la fièvre des Montagnes Rocheuses, dont les allures épidémiologiques offrent beaucoup de ressemblance avec la verrue péruvienne.

Cependant, l'auteur n'a jamais trouvé de tiques chez des animaux exposés à la contagion.

En second lieu, un macaque *rhesus* soumis à la piqûre de phlébotomes, provenant de la région infestée, a contracté la *verruga peruviana.* Une hémoculture a permis d'identifier la *Bartonella bacilliformis.*

Enfin, une inoculation d'une émulsion de phlébotomes a été suivie d'une infection au cours de laquelle le même germe a été mis en évidence dans le sang.

Ces faits démontrent le bien fondé de la théorie de Townsend.

J. Margarot.

Journal de Médecine de Lyon.

Syphilis hépatique à forme pseudo-néoplasique, par A. Cade et Milhaud. *Journal de Médecine de Lyon,* n° 279, 20 août 1931, p. 487.

L'hépatite syphilitique tertiaire, scléro-gommeuse, est susceptible de créer une hypertrophie et des déformations du foie capables de donner le change avec une tumeur hépatique ou extra-hépatique et d'entraîner une intervention chirurgicale : cette forme peut devenir une forme pseudo-néoplasique, quand l'altération de l'état général vient se superposer aux modifications de forme, de volume et de consistance de l'organe. Le diagnostic est le plus souvent malaisé ; la laparotomie exploratrice elle-même n'est pas toujours capable de le préciser. Elle devra d'ailleurs céder le pas à l'épreuve du traitement, de préférence médication mercurielle et bismuthique. Jean Lacassagne.

Marseille Médical.

Lèpre à forme syringomyélique, par H. Roger. *Marseille Médical,* 25 août 1931, p. 225.

Observation d'un malade de 38 ans, originaire du Portugal, présentant une quadriparésie prédominant aux membres inférieurs, dont le début, remontant à 2 ans, a été accompagné de légères douleurs. Le tableau clinique se traduisant par un mélange de thermo-anesthésie, de spasmodicité avec hyperréflexivité, pouvait faire admettre le diagnostic de syringomyélie, mais la recherche positive du bacille de Hansen dans le mucus nasal confirma le diagnostic de lèpre.

Paul Vigne.

Dermatologische Zeitschrift (Berlin).

Syphilis et mort (Syphilis et mors), par A. Jordan et J. Staroff. *Dermatologische Zeitschrift,* t. LXI, fasc 4, juillet 1931, p. 221.

A la clinique dermatologique de Moscou, de 1921 à 1930, 12 morts sur 2.723 malades : 2 syphilis congénitales, 8 syphilis tertiaires, 1 syphilis secondaire, 1 syphilis latente. Voici les diagnostics d'autopsie :

4 syphilis, 2 intoxications salvarsaniques, 1 tuberculose, 1 érysipèle, 1 maladie de Hodgkin, 1 cancer, 2 septicémies.

Chez les 4 malades morts de syphilis : 1 syphilis congénitale grave chez un enfant de 3 semaines ; dans les 3 autres cas, mort 8, 21, 30 ans après l'infection (1 seule cure mercurielle comme tout traitement) par : dans le 1er cas, gomme, alcoolisme et myocardite ; dans le 2e, gomme laryngo-trachéale ulcérée ; dans le 3e, aortite. Les 2 cas d'intoxication arsenicale intéressent un nourrisson de 3 mois (hépatite ?) et une femme de 63 ans morte d'encéphalite hémorragique et d'érythrodermie avec purpura 35 jours après la dernière injection. De 1889 à 1902, à l'hôpital urbain, 30 syphilitiques sont morts avec des symptômes de syphilis : 4 hommes et 26 femmes, des prostituées pour la plupart : 1 cardiopathie, 3 syphilis congénitales, 1 gomme cérébrale, 1 gomme naso-frontale et otite suppurée. Association fréquente de tuberculose et de pneumonie (11 morts) que les auteurs imputent à l'action déprimante du traitement mercuriel, seul en usage.

L. Chatellier.

Recherches expérimentales avec Monilia Fioccoi (Tierversuche mit Monilia Fioccoi), par J. Zoon. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 4, juillet 1931, p. 232, 5 fig.

En injection intrapéritonéale, *Monilia Fioccoi* n'est pas pathogène pour le rat, la souris, le cobaye et le lapin ; pas de réactions inflammatoires, pas de métastases viscérales. Quand on injecte du tissu contenant *Monilia* ou de petites quantités de cultures, tout disparaît sans laisser de traces. Avec de grosses quantités de cultures, formation de corps encapsulés sur le foie. Le parasite reste longtemps vivant et peut former du mycélium. L. Chatellier.

Expériences de sensibilisation à l'ursol (Sensibilisierungversuche mit Ursol), par A. Müller. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 4, juillet 1931, p. 241, 1 fig.

Par application répétée d'une solution basique de p-phénylendiamine ou ursol, on détermine chez tous les sujets une réaction eczémateuse et une sensibilisation de tout le tégument. 5 sur 7 des malades sensibilisés à l'ursol ont présenté de la sensibilité au pellidol. La transmission passive des anticorps a réussi dans quelques cas. Il n'a pas été possible de déterminer un choc anaphylactique chez le cobaye.

L. Chatellier.

Valeur comparative des antigènes pour la réaction de Bordet-Gengou dans la blennorragie (Vergleichende Schätzung der Antigene in der Reaktion Bordet-Gengou bei gonorrhoe), par D. Zelischtschewa. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 4, juillet 1931, p. 248.

Le meilleur des antigènes pour la réaction de déviation dans la blennorragie est l'antigène à l'antiformine de Jaskolko, tant par sa sensibilité que par sa stabilité. Après lui, pour sa sensibilité, vient l'émul-

sion de gonocoques vivants dans l'eau salée ; mais sa sensibilité varie avec les souches et il a moins de stabilité. Pour apprécier les variations de la réaction sur un seul et même malade, il faut employer un antigène peu variable ; pour sa valeur clinique, l'antigène à l'antiformine ne peut être remplacé. Z. a simplifié la préparation de l'antigène, par une estimation plus rapide de la quantité de chlore. Avec des gonococciques avérés, avec complications aiguës, l'antigène à l'antiformine donne des réactions positives avec des quantités de sérum 5 à 10 fois moindres que les doses habituelles. L. Chatellier.

Sarcoïdes multiples bénins chez un nourrisson (Multiples benigues Sarkoid bei einem Sängling), par R. Pollaud. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 360.

Enfant de 5 mois, présentant depuis 2 mois 15 petites tumeurs sous-cutanées du volume d'une cerise à une noix disséminées sur la tête, la poitrine, les épaules, les bras, etc., recouvertes d'une peau brune. Tuberculine négative. Pas de syphilis. Guérison spontanée. Au microscope, structure habituelle des sarcoïdes Boelk.

Les sarcoïdes sont très rares chez l'enfant. Leidi en a décrit un cas chez un enfant de 7 mois. Ch. Audry.

Folliculite sycosiforme atrophiante du corps (folliculite dépilante des parties glabres d'Arnozan et Dubreuilh) (Folliculitis sycosiformis atrophicans corporis), par P. Photinos. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 321, 15 fig.

A côté des folliculites atrophiantes des zones chevelues, il existe une maladie rare (observée par Arnozan et Dubreuilh, Martinotti, Truffi, Hoffmann), consistant en folliculites atrophiantes des parties glabres (des Français), du tégument lanugineux. C'est une lésion centrifuge, souvent symétrique, squameuse au centre, pustuleuse au pourtour. Ultérieurement, au centre de la plaque, atrophie pigmentée, coïncidant avec la destruction des glandes de la peau. La maladie est très chronique. C'est la jambe (côté externe) qui est le siège le plus fréquent. La lésion ressemble au sycosis lipoïde que Brocq a décrit dans la barbe, à l'érythème sycosiforme temporal de Unna. On ne l'a rencontré que chez les hommes, histologiquement, plasmome péri-folliculaire et péri-vasculaire, se développant en profondeur ; épaississement des parois vasculaires, sclérose péri-vasculaire. En fin de compte, atrophie pigmentée avec disparition des glandes et des follicules. Rien de connu sur l'étiologie ; thérapeutique : soufre, salycilique, etc. La maladie est très rare. Ch. Audry.

Gangrène cutanée multiple dans la péri-arthrite noueuse (Multiple Hautgangrän bei Periarthritis nodosa), par H. Löhe et H. Rosenfeld. *Dermatologische Zeitschrift*, t. LXI, fasc. 5-6, août 1931, p. 259, 7 fig.

On distingue habituellement les gangrènes cutanées multiples d'après leur origine neurotique ou non.

L. et R. donnent l'observation détaillée d'un homme de 43 ans, malade depuis 1929, sans lésion viscérale appréciable (sauf une rate augmentée), présentant des placards cutanés gangréneux, disséminés sur les membres, la face, les oreilles, le tronc et la muqueuse buccale.

Au microscope, lésions typiques de péri-arthrite noueuse (de Kussmaul-Weber). Le malade guérit après une poussée d'érysipèle et présenta alors une polynévrite. La lésion initiale consiste en un foyer d'arthrite aboutissant à la thrombose et à des infarctus hémorragiques. L'examen microscopique a été nécessaire à la détermination. Il faut éliminer, dans le diagnostic, l'urticaire gangréneuse, et les formes nécrosantes de purpura (étude du sang) ; cependant, il y a lieu de noter que dans ce cas, le temps de coagulation du sang était notablement augmenté (35 minutes) et la teneur en fibrin-ferment diminuée de moitié ; il y a donc des rapports étroits avec le syndrome de purpura gangréneux. Tout porte à admettre une origine toxi-infectieuse, telle qu'on l'a retrouvée dans d'autres cas de péri-arthrite noueuse.

Ch. Audry.

Dermatologische Wochenschrift (Leipzig).

Recherches sur l'état des poumons dans le lupus érythémateux, comme contribution à l'étiologie de cette affection (Lungenuntersuchungen bei Kranken mit Lupus erythematodes, als Beitrag zur Aetiologie dieser Krankheit), par E. Bruner et S. Wasowicz. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 27, 4 juillet 1931, p. 1068.

Les auteurs ont examiné cliniquement et radiologiquement les poumons de 47 lupus érythémateux, de 47 lupus vulgaires et de 47 malades quelconques. Dans le lupus érythémateux, ils ont trouvé 27 fois des poumons sans lésions cliniques ou radiologiques, 11 fois des poumons douteux, 8 fois des lésions guéries ou évolutives ; dans le lupus vulgaire, 6 fois des poumons sains, 26 fois des poumons douteux, 15 fois des lésions guéries ou évolutives ; chez les 47 malades quelconques, 4 poumons sains et 17 poumons douteux (les 26 autres avaient des lésions guéries ou évolutives). B. et W. concluent que la tuberculose est un facteur important dans le lupus érythémateux, mais que les rapports entre ces deux affections ne sont pas aussi étroits que le disent Ehrmann et Falkenstein (98,3 o/o de tuberculose). L. Chatellier.

Infection chancrelleuse à localisations extragénitales multiples, la plupart d'origine traumatique. Contribution au traitement préventif du bubon (Eine multiple extragenitale, teilweise traumatische, Ulcus-molle Infektion. Zugleich ein Beitrag zur präventiven Vakzinbehandlung der Bubonen), par A. Cederberg. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, nº 27, 4 juillet 1931, p. 1074, 1 fig.

Observation d'un malade, atteint de chancres simples du prépuce, qui s'inocule les deux index. Le traitement par le Dmelcos arrête la progression des chancres et empêche le développement des bubons.

L. Chatellier.

La graisse des cellules de l'épiderme dans quelques dermatoses (Die Menge des Fettes in den Zellen der Epidermis bei einigen Hautveränderungen), par T. Wlassics. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 27, 4 juillet 1931, p. 1063, 4 fig.

On peut mesurer la grosseur et la quantité des gouttelettes graisseuses en les comparant à certaines formations cellulaires, le nucléole. Le volume moyen des gouttes est en rapport direct avec la quantité de graisse. Dans la dermatite séborrhéique, il y a une exception à cette règle : malgré la petitesse des gouttelettes, la graisse est très abondante dans l'épiderme ; on pourrait considérer l'ensemble des cellules comme une seule grosse goutte graisseuse. La plupart des lésions cutanées sont caractérisées par une augmentation de la graisse épidermique, qu'il s'agisse de lésions épithéliales ou dermiques. Les lésions dermiques ou sous-dermiques retentissent sur l'épiderme sus-jacent. Il semble que les plus grosses gouttes de graisse se rencontrent dans les cellules les plus lésées : couches épineuse et granuleuse dans le lichen plan, basale dans le lupus. L. Chatellier.

Sur la valeur d'une nouvelle méthode histologique pour l'anatomie microscopique de la peau (Ueber die Bedeutung einer neuen histologischen Methode für die mikroskopische Anatomie der Haut), par J. Brodersen. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 27, 4 juillet 1931, p. 1057, 7 fig. en couleurs hors texte.

Les fixations et manipulations de la technique histologique habituelle (alcool, xylol, inclusion à la paraffine ou à la celloïdine) modifient considérablement la structure réelle des tissus, surtout dans leurs parties délicates (noyau, granulations protoplasmiques, etc.). Les coupes ne représentent pas l'état vivant. B. a voulu remédier à ces graves inconvénients et proposé une technique, impossible à indiquer dans un simple résumé. En voici les grandes lignes : fixation dans l'acide osmique dissous dans le sérum physiologique (eau bi-distillée fraîche, chlorure de Na pur) de tissus vivants finement pulvérisés au rasoir, inclusion à la gélatine (Grubler) et coupes à la congélation. Toutes les manipulations doivent être strictement aseptiques. Les coupes sont colorées au vert de méthyle pyronine, additionné de vert nouveau Victoria ; elles peuvent être immédiatement examinées dans la solution de Brun (dextrose, glycérine, thymol, eau distillée). Il ne s'agit évidemment que de l'anatomie de tous petits fragments. Cette méthode lui a permis des constatations intéressantes et nouvelles — pour ne parler que de la peau — sur la structure réelle des corpuscules tactiles de Meissner, sur la structure des sudoripares et de l'épiderme. Cet article ne saurait être résumé, mais techniques et résultats méritent une lecture dans l'original. L. Chatellier.

Sur l'appareil de Golgi des cellules des glandes sudoripares eccrines chez l'homme (Ueber der Golgischen Apparat der menschlichen ekkrinen Schweissdrüsenzellen), par N. Melczer. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 28, 11 juillet 1931, p. 1101, 6 fig.

Par la méthode à l'osmium, il est relativement facile de mettre en évidence, dans la partie active des glandes eccrines de la plante des pieds, des aisselles et de la cuisse, l'appareil de Golgi, décrit naguère par M. comme un dépôt d'urate. M. n'a pas retrouvé l'appareil complet ou incomplet qu'ont décrit Bizzozero et Botteselli. Mais il a constaté des formes encore inconnues de cet appareil : appareil diffus, poly-vésiculaire ou polymorphe. La forme fondamentale des segments de l'appareil est celle d'une boule, dont les dimensions varient de 0 μ 1 à 12 μ et plus. Quand leur taille atteint ou dépasse 2 μ, on peut séparer la substance osmiophile et la substance osmiophobe. La structure de quelques-uns des plus gros appareils ressemble singulièrement à celle des corps en demi-lune d'Heidenhain. A leur périphérie, la substance osmiophile se dispose autour de l'appareil interne osmiophobe en anneau ouvert. Les appareils se composent pour la plupart de formations multiloculaires, jusqu'ici non décrites. On pourrait les confondre avec des images cristallines, mais ces formations et les tigettes gardent la forme ronde. Dans ces appareils de Golgi poly-vésiculaires, appareil externe et appareil interne sont bien visibles. Il existe des formes de transition entre tous ces différents types. L. Chatellier.

« Papillomes » et carcinome dans la même tumeur. Clinique, histologie et traitement de la précancérose condylomatoïde de la zone génitale de Delbanco-Unna (« Spitze Kondylome » und Karzinome im selben Tumor. Klinik, Histologie und Therapie der kondylomatoiden Präkanzerose der Genitalgegend (Delbanco-Unna)), par H. Mühlpfordt. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 29, 18 juillet 1931, p. 1145, 22 fig.

Chez un homme de 52 ans, masse irrégulière et profonde de papillomes qui envahissent gland et prépuce, déterminant l'œdème et la perforation du prépuce. A une première biopsie, on trouve la structure du condylome acuminé ; opération limitée ; en un point du prépuce, on trouve une masse plus dure qui se confond avec les condylomes. A l'examen histologique, condylomes et épithélioma spino-cellulaire. Amputation du pénis. L'examen histologique des condylomes montre les caractères habituels du condylome, mais on note déjà des modifications dans l'activité et la structure des noyaux, la tendance envahissante de l'épithélium (illustration abondante). Comme conclusion pratique : en face de papillomes envahissants et récidivants, il faut se méfier de l'épithélioma. Il ne faut plus parler de papillomes, mais bien de la précancérose condylomatoïde décrite déjà par Delbanco et Unna, et analogues aux autres précancéroses : maladies de Paget et de Bowen. La seule thérapeutique est l'amputation précoce et le curage ganglionnaire. Revue des cas publiés antérieurement. (N. d. T. — Nous en avons observé un cas identique à la clinique de Toulouse.)

L. Chatellier.

Une dermite d'origine africaine évoluant depuis 24 ans sur la face antérieure d'une main (Eine seit 24 Jahren au der Vorderseite einer Hand

umherwandernde Hautaffektion aus Ostafrica), par F. Fülleborn. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 29, 18 juillet 1931, p. 1162, 4 fig.

Depuis 24 ans, un patient souffre d'une affection de la peau, qui frappe la face palmaire de la main et se répète par poussées durant des semaines et des mois, avec prurit intense, gonflement et vésiculation. Cette maladie, en Afrique Orientale, est provoquée par un parasite errant, probablement une larve de nématode.

L. Chatellier.

Sur les lymphocytomes miliaires et nodulaires de la peau (Ueber miliare und grossnotige Lymphocytome der Haut), par H. Freund. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 29, 25 juillet 1931, p. 1189, 4 fig.

Les lymphocytomes de la peau constituent une affection encore mal connue, de diagnostic difficile. On distingue deux formes : la première où les infiltrats lymphocytaires sont localisés à un tout petit territoire ; la seconde, où les éléments sont disséminés sur toute une région (membres inférieurs). Cette deuxième forme est rare. Voici le cas de F. : chez un homme de 75 ans, atteint de myocardite avec asystolie, on trouve au niveau des chevilles, surtout à gauche, un semis de granulations miliaires ou de nodules, surélevés, confluents, de teinte bleu-rouge ; épiderme intact ; à la vitro-pression, aspect lupoïde des nodules. Au microscope : dans le derme profond, infiltrats nodulaires, reliés entre eux par des traînées, constitués presque complètement de lymphocytes, quelques mastzellen et de rares plasmocytes. Autour des nodules ou à leur périphérie, amas de pigment ferrugineux. La paroi élastique des vaisseaux est détruite ou réduite à quelques tronçois élastiques ; l'endothélium vasculaire prolifère. Pas d'adénopathie, pas de leucémie.

F. rattache ces lymphocytomes aux propriétés hémopoïétiques de la peau, réveillées par un processus irritatif (dans son cas, stase vasculaire). Cette affection est à séparer de la leucémie. Pronostic favorable ; étiologie mal connue, probablement complexe.

L. Chatellier.

Trichophytide en traînée (Streifenförmiges Trichophytid), par F. Diettel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 30, 25 juillet 1931, p. 1194, 1 fig.

Un malade atteint de trichophytie de la barbe présente sur le bras droit une trichophytide nodulaire et une traînée qui suit le trajet lymphatique de l'avant-bras jusqu'à l'aisselle. La traînée est constituée par une éruption de petits nodules reposant sur une base rouge et identiques au lichen trichophytique. Guérison spontanée parallèle à l'amélioration du foyer de la barbe. L. Chatellier.

Ponction sous-occipitale et lombaire dans la neurodermite de Brocq et dans d'autres affections de la peau (Zisternen-und Lumbalpunktion bei Neurodermitis Brocq und anderen Hautkrankheiten), par W. Schönfeld. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 30, 25 juillet 1931, p. 1197.

Le prurit, dans les formes étendues de la neurodermite de Brocq, peut être amélioré ou supprimé par la ponction sous-occipitale ou lombaire. On ne sait pas encore par quel mécanisme. Cette influence de la ponction lombaire sur le prurit ne se constate pas dans toutes les dermatoses prurigineuses : elle est connue dans le lichen plan, dans certains cas d'eczéma ou de prurit. Le liquide des neurodermites, examiné par la méthode de Lange (à l'or) montre des lésions qui commencent ; mais on les retrouve dans d'autres affections : sclérodermie, pemphigus, mycosis fongoïde. Par la méthode de Takata-Ara (sublimé-fuchsine), le liquide des neurodermites se révèle aussi anormal.

L. Chatellier.

Dermatite salvarsanique avec syndrome agranulocytaire (Salvarsandermatitis mit agranulozytärem Symptomen Komplex), par F. Spanier. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 31, 1er août 1931, p. 1227.

Steinert, en 1930, a rassemblé 19 cas (dont 12 chez des jeunes femmes) d'anémie agranulocytaire, aplastique, consécutive à un traitement par le salvarsan. S. donne un cas d'une femme de 36 ans qui, après une cure, présenta des lésions bucco-jugales nécrosées, de la fièvre, un gros foie, etc. 2.800 leucocytes pour 4.800.000 érythrocytes, dont 2 o/o de leucocytes à noyau segmenté, 87 o/o de lymphocytes, 7 o/o de monocytes, 4 o/o de formes jeunes. La malade mourut de pneumonie double. Steinert distingue l'agranulocytose pure, et les états toxi-infectieux agranulocytaires.

Ch. Audry.

Traitement du chancre simple et de ses complications par le Dmelcos (Ueber die Behandlung der weichen Schankers und seiner Komplikationen mit Dmelcos), par E. Freund. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 31, 1er août 1931, p. 1228, 3 fig.

F. observe que le Dmelcos est peu connu en Allemagne. Il en a obtenu d'excellents résultats dans 33 cas de chancres compliqués et de bubons, tantôt après administration endoveineuse, tantôt après injections intramusculaires.

Ch. Audry.

Epithéliomas multiples à type histologique varié (Multiple Epitheliome von verschiedenen histologischem Typus), par A. Fessler. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 31, 1er août 1931, p. 1217, 1 fig.

Chez une femme de 65 ans, on trouvait sur la face 3 épithéliomas, dont 2 étaient baso-cellulaires, et le troisième spino-cellulaire.

Ch. Audry.

Herpès simple récidivant sur une cicatrice de chancre simple (Rezidivierender Herpes simplex auf früherens Impfschanker), par Witlbrand. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, no 31, 1er août 1931, p. 1219.

Un cas chez un homme de 24 ans : chancre simple en 1929 ; première poussée d'herpès en 1930 sur l'emplacement de l'ancien chancre ; deuxième poussée semblable en 1931. Ces rapports étaient connus des anciens.

Ch. Audry.

Douleurs rhumatoïdes au cours d'une cure de salvarsan (Ueber rhumatoide Gelenkschmerzen als Nebenerscheinungen im Verlauf einer Salvarsankur, par A. Weidmann. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCIII, n° 31, 1er août 1931, p. 1225.

2 cas, chez des femmes, comme on l'a remarqué le plus habituellement. Les malades avaient présenté des exanthèmes arsenicaux.

Ch. Audry.

Dermatite exfoliante mortelle après un traitement par bismogénol et salvarsan, chez un paralytique (Ueber einen tödlich verlaufenen Fall von Dermatitis exfoliativa nach Bismogenol-Salvarsanbehandlung bei Paralyse), par M. Liebers. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCIII, n° 33, 15 août 1931, p. 1305, 3 fig.

Un homme de 57 ans, paralytique général, venait de subir sans incident une cure de malariathérapie, qu'on fit suivre d'un traitement mixte, bismogénol et salvarsan. 6 jours après la fin de cette cure, début d'une érythrodermie exfoliante avec fièvre, albuminurie, torpeur, etc., et mort en 17 jours. A l'autopsie : lepto-méningite, aortite, béance du trou ovale, splénite chronique légère. L'examen histologique de la peau fit voir une forte infiltration leucocytaire et microcellulaire de la couche papillaire, de l'acanthose, de la spongiose, et une parakératose intense avec inclusions d'amas cellulaires en forme de granulome logés dans l'épaisseur même de la couche cornée parakératosique.

Ch. Audry.

Un cas de mort après ponction lombaire ambulatoire (Ein Todesfall nach einer ambulanten Lumbalpunktion), par H. Boas. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCIII, n° 33, 15 août 1931, p. 1309.

Homme de 52 ans, atteint de syphilis cérébro-spinale : la contamination date de 30 ans. Il avait subi 5 ans plus tôt une cure de malariathérapie à Vienne. Signes de nervosité. La ponction lombaire montre 81 cellules dans le liquide céphalo-rachidien et une réaction de Bordet-Wassermann et de Kahn positives ; ces dernières négatives dans le sang. Aussitôt après la ponction, vives douleurs au niveau de la piqûre. Fièvre, etc. Aggravation rapide, exanthème urticarien ; mort en 3 jours. A l'autopsie, atrophie granuleuse du rein droit, myocardite, rate grosse, atrésie partielle des coronaires. Pas de méningite, mais des traces d'une infection phlegmoneuse profonde au niveau de la ponction, de chaque côté de la colonne vertébrale, avec foyers purulents. On n'a encore jamais cité de cas pareil de mort par accidents septiques paravertébraux consécutifs à la piqûre lombaire.

Ch. Audry.

Difficultés du diagnostic de la maladie de Hodgkin (Schwierigkeiten bei der Diagnose der Hodgkinschen Krankheit), par A. Jordan, Schamschin et Staroff. *Dermatologische Wochenschrift,* t. XCIII, n° 35, 29 août 1931, p. 1361, 3 fig.

Les auteurs considèrent le terme de maladie de Hodgkin comme équi-

valent à la lymphogranulomatose de Paltauf-Sternberg. Observation d'un homme de 23 ans, souffrant de violentes céphalées, d'abord pris pour un syphilitique, puis ensuite reconnu (fièvre, adénopathies). Autre observation d'un garçon de 16 ans, couvert de petites tumeurs et ulcérations dont la plus large occupe toute la région temporale droite. Arthrites des genoux et des pieds ; pas de lésions viscérales appréciables. Adénites multiples. 5.800 leucocytes pour 3.750.000 globules rouges, etc. Sérologie (M., W. et K.) positive. Mort de cachexie. A l'autopsie, nombreuses altérations viscérales et ganglionnaires lymphogranulomateuses (le cas est remarquable par la présence de nombreux abcès sous-cutanés).

Considérations générales sur le diagnostic. Rien de nouveau.

Ch. Audry.

Dermatite herpétiforme de Dühring laissant des cicatrices (Dermatitis herpetiformis Dühring mit Hinterlassung von Narben) par B. Jossel. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIII, n° 35, 29 août 1931, p. 1368, 3 fig.

Un cas observé chez une femme de 24 ans, typique, avec intolérance de l'iode. Ces cas sont décrits, mais rares. Ch. Audry.

The British Journal of Dermatology and Syphilis (Londres).

Observations sur l'étiologie de l'érythème polymorphe (Observations on the aetiology of erythema exudativum multiforme), par Percival et Gibson. *The British Journal of Dermatology and Syphilis*, juillet 1931, p. 329.

P. et G. ont tenté de reproduire les expériences de Ramel, mais ne peuvent leur donner confirmation. Ils ont étudié à ce point de vue 10 cas d'érythème polymorphe. Toutes les hémocultures ont été négatives. Aucun signe de tuberculose n'a pu être constaté chez les cobayes après les inoculations et les passages successifs.

La seule interprétation possible, c'est que l'érythème polymorphe est une réaction cutanée de nature variable et que le hasard aurait mis Ramel en présence d'une série de nature tuberculeuse.

S. Fernet.

The British Medical Journal (Londres).

Prurit anal (Pruritus ani), par Macarthur. *The British Medical Journal*, n° 3685, 22 août 1931, p. 334.

De nombreux cas de prurit anal sont attribuables à l'*Enterobius vermicularis*, nématode voisin de l'oxyure, mais d'une morphologie un peu différente. Ce ver vit dans l'intestin comme l'oxyure, mais ne sort de l'anus qu'à la chaleur du lit. Il occasionne une légère colite qui s'accompagne d'émissions involontaires de glaires généralement attribuées à tort à une dysenterie. Le prurit est exclusivement nocturne, d'une intensité exceptionnelle ; même au moment des paroxysmes

il est impossible d'apercevoir le parasite. Il faut pour cela donner au malade pendant la crise un petit lavement qui ramène les parasites en plus grand nombre. Le prurit cesse immédiatement après le lavement.

Le traitement est le même que celui des oxyures et a pour but : d'empêcher les réinfections par les lavages répétés des mains et des ongles, d'empêcher la pullulation du parasite dans l'intestin par un vermifuge (santonine et calomel), d'évacuer les parasites de la partie basse de l'intestin par des lavements d'eau salée.

Chez tout malade se plaignant d'un prurit exclusivement nocturne et ayant des émissions involontaires de mucosités intestinales, il faut faire la recherche de ce parasite. S. FERNET.

Medical Journal and Record (New-York).

Le traitement du psoriasis par le régime hypochloruré (The treatment of psoriasis by means of salt-free diet), par LEVIN et SILVERS. *Medical Journal and Record*, 19 août 1931, p. 179.

La sueur des individus atteints de psoriasis contient un taux de chlorure de sodium plus élevé que celui des sujets normaux ou atteints d'autres dermatoses ; le taux des chlorures du sang se maintient dans les limites normales. L. et S. ont tenté de soumettre leurs psoriasiques au régime hypochloruré, presque exclusivement composé de légumes et de fruits. Localement, ils prescrivaient des bains émollients pour débarrasser la peau des chlorures éliminés et du cold-cream. Les résultats furent encourageants sur les trois premières malades ; l'une, complètement blanchie, n'a pas présenté de récidive depuis 7 mois. D'autres malades sont actuellement traités par cette méthode avec des résultats favorables. S. FERNET.

The Journal of the American Medical Association (St-Louis).

Eruption artificielle due à l'éphédrine (Dermatitis medicamentosa due to ephedrine), par AYRES et ANDERSON. *The Journal of the American Medical Association*, vol. XCVII, 15 août 1931, p. 437.

Deux cas d'éruption artificielle de la face consécutive à des pulvérisations nasales contenant de l'éphédrine. S. FERNET.

Proceedings of the Royal Society of Medecine (Londres).

Traitement du sycosis par les injections intradermiques de vaccin staphylococcique (Sycosis treated by intradermal injections of staphylococcal vaccine), par BARBER. *Proceedings of the Royal Society of Medecine*, août 1931, p. 1356.

La vaccinothérapie sous-cutanée du sycosis est inefficace, mais la vaccinothérapie intradermique bien maniée réussit à guérir les malades.

L'état allergique de ces malades étant très prononcé, on observe des

réactions locales intenses et des réactions focales qui se traduisent par une aggravation apparente du sycosis. Il faut donc débuter par des doses faibles de vaccin, 10 millions de staphylocoques, et ne pas augmenter cette dose tant que les réactions sont fortes. Elles finissent par s'atténuer progressivement, on peut alors intensifier le traitement et atteindre les doses de 750 à 1.000 millions. Un grand nombre d'injections est nécessaire, mais la guérison peut toujours être obtenue.

S. Fernet.

Revista Argentina de Dermatosifilologia (Buenos-Aires).

Les dermatofibromes de Darier et Ferrand sont-ils des formes frustes de la maladie de Recklinghausen ? (Los dermatofibromas de Darier et Ferrand sont formas frustadas de la enfermedad de Recklinghausen ?), par G. Seminario et J. Pessano. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XIV, avril 1931, p. 61.

On trouve dans la région inguinale gauche d'un homme de 32 ans, un placard fibreux surmonté de 5 tumeurs agminées dont le volume va de celui d'un haricot à celui d'une châtaigne. Leur coloration rosée indique une vascularisation abondante. Leur étude histologique met en évidence leur nature fibreuse. Un tissu conjonctif dense présente à côté d'éléments adultes, des cellules jeunes, d'une grande activité de prolifération.

Il s'agit, comme dans les cas de Darier et Ferrand, de fibromes ayant par places l'aspect d'un sarcome fasciculé.

Tout en reconnaissant la réelle individualité clinique du syndrome, les auteurs considèrent que les fibro-sarcomes de Darier et Ferrand répondent à des formes frustes de la maladie de Recklinghausen. Ils se basent sur les arguments suivants (qui ne sont pas tous fondés avec la rigueur désirable) :

1° Il existe des formes frustes de la maladie de Recklinghausen constituées uniquement par des neuro-fibromes.

2° Les neuro-fibromes de la maladie de Recklinghausen peuvent dégénérer en sarcomes.

3° D'après Mosto, les dermato-fibromes récidivants seraient en réalité des Dermatoschwannomes ou dermatogliomes périphériques, assimilables aux neuro-fibromes de la maladie de Recklinghausen.

J. Margarot.

Stries atrophiques avec œdème et dilatation des lymphatiques (Estrias atroficas con edema y dilatation de los linfaticos), par C. Seminario et J. Pessano. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XIV, avril 1931, p. 56.

Une malade asystolique, avec anasarque généralisée, présente sur le ventre des dilatations opalines et tendues, ayant la localisation et la disposition propres aux vergetures.

Ce sont bien des vergetures dont le tissu atrophique, dépourvu de

tissu élastique s'est laissé distendre par l'œdème. Il existe en outre une dilatation des lymphatiques donnant lieu à de véritables cavités, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par la piqûre.

J. MARGAROT.

Deux cas de sclérodermie traités par la fibrolysine (Dos casos de esclerodermia generalizada tratados con fibrolisina), par C. SEMINARIO et M. DANERI. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XIV, avril 1931, p. 48.

De l'expérience résultant du traitement de deux cas de sclérodermie généralisée et rapidement progressive par la fibrolysine, l'auteur conclut que cette méthode doit être utilisée malgré le peu d'attention qu'on lui prête. Le traitement doit être prolongé (250 injections en 5 ans dans la première observation.

Aucun trouble de l'état général ni des organes n'a été observé au cours du traitement.

J. MARGAROT.

Deux cas d'achromie par le pityriasis versicolor (Dos casos de acromia por pitiriasis versicolor), par L. E. PIERINI. *Revista Argentina de Dermatosifilologia*, t. XIV, avril 1931, p. 41.

Les dermatoses achromiantes produites par des champignons sont bien connues dans les pays tropicaux, où elles sont si fréquentes qu'en Colombie, par exemple, elles atteignent 4 o/o des habitants.

Les bains de soleil sur la plage, la pratique des sports, l'actinothérapie ont multiplié ces affections cutanées dans les zones tempérées.

L'auteur rappelle les plus fréquentes (*tinea imbricata* ou tokelau, *tinea albigena*, caratés, mal de Pinto, *tinea flava*). Il faut y ajouter le *pityriasis versicolor flava* probablement identique au *pityriasis versicolor* des pays tempérés produit par des parasites du genre *Malassezia* (*Malassezia tropica* et *Malassezia Marfadyeni*).

La dermatose occupe en général la partie supérieure du tronc, les épaules, la face et le cou. Elle donne lieu à des taches arrondies ou ovales, disséminées ou confluentes en plaques d'aspect réticulé, de couleur blanc laiteux, ne faisant aucune saillie et recouvertes d'une fine desquamation furfuracée, si fine qu'elle est parfois difficile à reconnaître. Elles se détachent nettement sur le fond hyperpigmenté de la peau noircie par les rayons solaires. Aucun trouble subjectif ne les accompagne.

Les personnes jeunes — plus spécialement les femmes et les enfants — fournissent le pourcentage le plus élevé de cas, peut-être parce qu'elles s'exposent davantage à la lumière.

Tous les malades racontent qu'ils étaient atteints antérieurement d'une dermatose caractérisée par des taches finement squameuses, de teinte café au lait. L'exposition aux rayons solaires ou ultra-violets les a décolorées en même temps que la desquamation se faisait plus fine.

Pour les uns, l'achromie ne serait que la conséquence d'un phénomène physique : le parasite disparaîtrait des taches par l'action du soleil et l'affection guérirait de cette manière.

Il agirait comme un simple agent de protection de la peau ; l'achromie se produirait sur les surfaces où les taches arrêtent les rayons solaires.

D'autres croient à une véritable achromie. On recouvre avec un morceau de papier noir une zone de peau. Après exposition aux rayons ultra-violets, cette zone, naturellement, ne s'est pas pigmentée comme la peau qui l'entoure, mais si on la compare aux taches achromiques parasitaires, la différence est nette et évidente. Il s'agit donc d'une véritable dépigmentation.

Dans les deux cas observés par l'auteur, c'est le *microsporum furfur* qui a été trouvé à l'examen des squames. J. Margarot.

Considérations histopathogéniques à propos d'un cas de pemphigus héréditaire traumatique à kystes épidermiques (Consideraciones histopatogenicas e proposito de un caso de penfigo hereditario traumatico a quistes epidermicos), par P. Fidanza, Francisco Carrillo et Tomas Ocana. *Revista Argentina de Dermatosifilologia,* t. XIV, avril 1931, p. 14.

L'étude histologique des lésions, faite à propos d'un cas observé par l'auteur, lui permet diverses remarques. La tuméfaction cellulo-fasciculaire du derme ne correspond pas à un processus inflammatoire. Elle est constituée par un œdème tissulaire. Il existe en même temps une labilité des cellules épithéliales. Les grandes phlyctènes sont provoquées par des traumatismes ; les kystes épidermiques résultent d'une nutrition défectueuse qui détermine dans certains groupes cellulaires une transformation kérato-hyalinique prématurée.

Leur mode de formation serait le suivant :

En un point donné de l'épithélium cutané, dont la nutrition est déficiente, un groupe de cellules altérées se charge de kératine. Les cellules voisines les entourent, se serrent et vont contribuer ou non à augmenter le volume du kyste. Cet élément représente un corps étranger qui s'élimine avec le développement continu de l'épiderme. S'il est profond, un tissu de granulations l'entoure et contribue à le réabsorber. La peau est soulevée. Le résultat final est une lésion cicatricielle.

Il s'agit d'une altération dystrophique dont la cause paraît être un trouble des échanges aqueux de la peau. J. Margarot.

Quelques dermatoses du nord du Brésil (Algunas dermatosis en el norte del Brasil), par Francisco Clementino. *Revista Argentina de Dermato-sifilologia,* t. XIV, avril 1931, p. 11.

F. C. apporte quelques précisions sur 3 maladies qu'il a pu observer avec une certaine fréquence dans son service de l'Hôpital Saint-Amaro, à Récife (Pernambouc).

La première n'est autre que le pian. Elle existe au Brésil depuis l'époque coloniale. Assez rare dans le Sud, elle domine dans les régions rurales du Nord. Les foyers les plus importants se rencontrent dans

les États de l'Amazone, de Ceara, de Parahyba et dans les zones limitrophes de celui de Pernambouc.

Le traitement arsenical donne une guérison rapide. On peut ranger l'affection parmi celles que pourra éteindre le service d'assainissement rural.

La deuxième maladie dont s'occupe l'auteur est le granulome vénérien. Moins commune que le pian, elle s'observe surtout dans le Sud du Brésil.

La troisième est la leishmaniose des téguments. Elle est aussi répandue dans le Nord que dans le Sud. Sa fréquence dans la région de Bauru l'a fait parfois appeler du nom d'ulcère de Bauru. C'est une affection des zones rurales et des classes qui n'observent guère les préceptes de l'hygiène. Des trois formes cliniques (cutanée, muqueuse et mixte) la forme muqueuse est la plus fréquemment observée dans les hôpitaux. Elle est due à la négligence des malades qui se font traiter uniquement lorsque leurs souffrances s'exagèrent.

On combat actuellement cette dermatose d'une manière intensive, pour empêcher sa diffusion. J. Margarot.

Wiener Klinische Wochenschrift (Vienne).

Etat des ébauches dentaires et des maxillaires dans la syphilis congénitale (Ueber Befunde am Zahnkeim und Kieferknochen bei angeborener Syphilis), par W. Bauer. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 44e année, n° 27, 8 juillet 1931, p. 879, 4 fig.

La signification et la pathogénie de la dent d'Hutchinson restent encore discutées. B. a examiné les mâchoires de 3 nouveau-nés sûrement syphilitiques. Après décalcification dans l'acide azotique à 5 o/o, les fragments osseux sont traités selon la technique de Bertarelli et Volpino ; ils sont imprégnés à l'argent pendant 18 jours et inclus à la celloïdine. Voici les constatations faites par B.

Les spirochètes sont nombreux dans les sacs dentaires autour de toutes les ébauches dentaires, et seulement autour des ébauches des incisives et des canines. Ils sont particulièrement nombreux à la base de l'ébauche dentaire, et disparaissent à la pointe de celle-ci. Ce fait s'explique par la rapide croissance de l'épithélium de l'émail à l'endroit où la formation de dentine court sous forme d'un large repli non calcifié.

Dans la pulpe, les spirochètes sont distribués entre les cellules et les fibres conjonctives, sans accumulation péri-vasculaire. Au voisinage des odontoblastes, ils deviennent plus nombreux, s'insinuent entre eux et entourent, dans la zone basale, quelques cellules à dentine. Là, on les voit s'enfoncer dans la dentine non calcifiée. B. a pu en trouver même dans le manteau de dentine calcifiée jusqu'à la limite de l'émail, à l'intérieur des canalicules de la dentine. Du sac conjonctif qui entoure les ébauches dentaires, les spirochètes peuvent pénétrer dans l'épithélium de l'émail. Dans la pulpe vasculaire de l'émail, on en trouve ;

étant donné l'envahissement de l'épithélium gingival, rien d'étonnant à ce qu'on rencontre des spirochètes dans les bourgeons épithéliaux qui vont former les dents permanentes.

Le tissu pulpaire montre une infiltration de cellules rondes, particulièrement marquée au voisinage des odontoblastes, qui présentent des lésions dégénératives. Ces lésions sont en rapport avec l'intensité de l'invasion spirochétique ; elles peuvent même aboutir à la destruction des odontoblastes. Les altérations du sac dentaire retentissent sur l'émail ; l'épithélium de l'émail est soulevé sur presque toute la longueur de la zone dentaire. Entre émail et épithélium, persistent des débris sanguins en dégénérescence hyaline.

A côté des lésions dentaires, on constate de l'ostéite raréfiante et de la périostite des maxillaires. Sur les artères, et particulièrement les artères de la moelle osseuse, péri-artérite proliférante ; l'endartérite existe en quelques points. Pas de lésions veineuses visibles.

L. CHATELLIER.

Bruxelles Médical.

La genèse du cytodiagnostic, par P. RAVAUT. *Bruxelles Médical,* 11e année, no 10, 2 août 1931.

R., rendant hommage au Professeur Widal, ne pouvait mieux y réussir qu'en nous initiant à la méthode de travail du Maître. Il collabora en effet avec lui en 1900 à la genèse du cyto-diagnostic, et nous les suivons dans les différentes étapes de cette découverte actuellement classique et si féconde en ses applications. Partout se retrouve cette sûreté de jugement, cette appréciation exacte des faits, cette confrontation constante de l'étude clinique et des résultats du laboratoire qui donnent aux œuvres de Widal un caractère durable. C'est l'étude des liquides pleuraux et des diverses séreuses de l'organisme, ce sont les méningites aiguës, les méningites chroniques ; toutes ces techniques et formules cytologiques dans cette même année 1900. On sait quelle importance prirent par la suite ces méthodes cytologiques, et quelle place, en particulier l'étude du liquide céphalo-rachidien, tient dans la syphilis grâce aux très belles recherches de Ravaut.

H. RABEAU.

Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia (Habana).

La réaction de pelotonnement de Müller dans le diagnostic sérologique de la syphilis (La reaccion de apelotonamiento de Müller en el diagnostico serologico de la sifilis), par Vicente PARDO CASTELLO et MOISES CHEDIAK. *Boletin de la Sociedad Cubana de Dermatologia y Sifilografia,* vol. II, no 4, juillet 1931, p. 214.

Dans une note préalable, les auteurs donnent les premiers résultats

de leur pratique de la réaction de Müller n° 2 (réaction de conglomération ou congloméruloréaction, Ballung-Reagens, M.B.R.2, pour laquelle ils préfèrent le nom de réaction de pelotonnement).

Sur 200 réactions, pour un total de 162 cas positifs, la réaction de Wassermann s'est montrée positive 40 fois (20 o/o), celle de Kahn 5 fois (25,5 o/o) et celle de Müller 53 fois (26,5 o/o).

J. Margarot.

Actas Dermo-Sifiliograficas (Madrid).

Traitement intradermique de la pelade (Tratamiento intradermico de la pelada), par Emilio Enterria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, n° 9, p. 659.

Djoritch a proposé un nouveau traitement irritatif de l'alopécie en aires. Il l'a expérimenté dans 12 cas, dont la plupart avaient été traités sans succès par les autres méthodes.

Il injecte du lait stérilisé dans le derme des surfaces déglabrées à des intervalles de 4 à 8 jours. La technique est simple. La repousse est rapide et commence en général entre la 2e et la 5e piqûre. Elle ne s'observe que sur les plaques traitées.

Dans un cas de pelade décalvante, le résultat n'a pas été meilleur qu'avec les autres traitements.

Aguilera a signalé dans quelques cas une tendance au sommeil après les injections. Le fait n'a pas été vérifié par l'auteur.

J. Margarot.

Sclérodactylie et syndrome de Raynaud (Esclerodactilia y sindrome de Raynaud), par Tomas Caro-Paton. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, n° 9, p. 661, 3 fig.

Par suite de l'obscurité qui entoure l'étiologie des deux affections, l'auteur estime qu'on ne saurait, comme on l'a proposé, rattacher la sclérodactylie au syndrome de Raynaud. On a invoqué des troubles endocriniens et fait jouer un rôle important à l'ovaire à cause de la fréquence plus grande de la sclérodactylie chez les femmes. Dans le cas publié, il s'agit d'un homme.

Le rôle de la thyroïde n'est pas mieux établi : suivant les cas, le métabolisme basal est augmenté ou abaissé.

Les parathyroïdes sont peut-être en cause si l'on tient compte de l'élévation constante du taux de la calcémie (0 gr. 20 dans le cas de l'auteur).

La même observation montre que l'on aurait peut-être tort de laisser dans l'oubli la théorie infectieuse de la sclérodactylie : le malade, qui avait eu plusieurs années auparavant un syndrome de Raynaud, a présenté sa sclérodactylie après une attaque intense de rhumatisme polyarticulaire aigu.

Enfin, tandis que le syndrome de Raynaud est fréquent dans la

Manche, c'est la première fois que l'auteur observe une sclérodactylie dans cette province.

Dans l'impossibilité de préciser la nature des deux processus, il est plus prudent et plus exact de dire que la sclérodactylie et la maladie de Raynaud peuvent être associées dans un assez grand nombre de cas.

J. MARGAROT.

Un cas de pseudo-syphilis des organes génitaux (Lipschütz) chez une enfant de sept mois (Un caso de seudosifilis de los genitales (Lipschütz) en une niña de siete meses), par J. GAY PRIETO. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, n° 9, p. 667, 1 fig.

Sur la grande lèvre droite d'une enfant de 7 mois, on trouve 5 lésions papuleuses du diamètre d'une pièce de 50 centimes. Elles sont très infiltrées, de consistance ferme, de couleur jambonnée, érodées à leur surface. Une adénopathie inguinale semble confirmer le diagnostic de condylomes syphilitiques.

On ne trouve pas de tréponèmes à l'ultra-microscope. Les réactions sérologiques sont négatives chez l'enfant et chez la mère.

L'auteur passe en revue, à l'occasion de ce cas, les diverses lésions syphiloïdes de la région ano-génitale.

Il élimine le diagnostic de syphiloïdes post-érosives de' Sevestre et Jacquet et celui de pyodermite chancriforme de Covisa et Bejarano, pour conclure à une pseudo-syphilis condylomateuse des organes génitaux dont la description, faite par Lipschutz, répond exactement au cas actuel.

Toutefois, il s'agit d'une enfant de 7 mois, tandis que les observations de cet auteur se rapportaient à des femmes.

J. MARGAROT.

Pemphigus chronique (cas clinique) (Penfigo vulgar (Caso clinico)), par E. ALVAREZ SAINZ DE AJA et R. PUYOU PRAT. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, n° 9, p. 671.

Cas typique de pemphigus chronique vulgaire (éruption bulleuse monomorphe, signe de Nikolsky, début par la cavité bucco-pharyngée, absence d'éosinophilie et de dysesthésies).

Une ponction lombaire a été suivie d'une amélioration notable qui semble avoir été maintenue par un traitement arsenical intensif (10 grammes de néosalvarsan). J. MARGAROT.

La stérilité chez l'homme (La esterilidad en el hombre), par Ricardo BERTOLOTY. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, n° 9, p. 675.

La stérilité masculine dépend de différentes causes :

1° *Absence de liquide séminal*, en rapport le plus souvent avec une obstruction des voies d'excrétion, due elle-même fréquemment à l'infection gonococcique.

2° *Infécondité du sperme*, soit par *absence de spermatozoïdes*, résultant de lésions destructives du testicule ou d'oblitérations des canaux

sécréteurs (épididymite tuberculeuse, gonococcique, funiculites, compression des canaux éjaculateurs par une prostate hypertrophiée), soit par *altération des spermatozoïdes* (nécrospermie, asthénozoospermie, oligozoospermie, en rapport avec des inflammations souvent gonococciques des vésicules séminales et de la prostate, entraînant une insuffisance de la sécrétion prostatique ou mettant en contact les spermatozoïdes avec des sécrétions purulentes nocives pour leur vitalité.

3° *Altérations anatomiques empêchant l'expulsion correcte du liquide séminal* (déformations du pénis, congénitales ou cicatricelles, hypospadias, fistules uréthrales, etc.). J. Margarot.

Mélanose circonscrite précancéreuse de Dubreuilh ; nævocarcinome consécutif (Malanosis circunscrita precancerosa de Dubreuilh ; nevrocarcinoma consecutivo), par Eduardo Ledo. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, no 9, p. 678, 1 fig.

Un nævocarcinome de la région sternale s'est développé sur une tache de lentigo. On trouve sous l'aisselle droite des ganglions qui roulent sous le doigt.

L'électrolyse est suivie de la réparation de la tumeur et de la régression de l'adénopathie. J. Margarot.

Nouvelle modification de la réaction de Wassermann avec le sérum frais (Nueva modificacion a la reaccion de Wassermann con suero activo), par M. Hombria. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 9, juin 1931, p. 680.

La technique de l'auteur est la suivante : chaque sérum est réparti en 6 tubes. Trois d'entre eux servent au titrage du pouvoir hémolytique et les 3 autres à la pratique de la réaction. La quantité de sérum frais déposée dans chaque tube est de 0 cc. 1.

Dans les 3 premiers tubes on ajoute 0 cc. 2, 0 cc. 4 et 0 cc. 6 d'une suspension à 1/20 d'hématies de mouton. Ils sont placés dans un bain-marie à 37° pendant 15 minutes. On note le degré de l'hémolyse.

Pendant ce temps on ajoute à deux tubes du second groupe 0 cc. 1 et 0 cc. 2 d'antigène Bordet-Ruelens rigoureusement titré.

On agite fortement pendant 2 minutes et on met dans les 3 tubes la quantité d'hématies fixée par le titrage.

Les tubes sont placés à 37°. La lecture est faite 10 à 15 minutes après.

Le dernier tube, où ne se trouve pas d'antigène, sert de témoin et doit présenter une hémolyse complète. J. Margarot.

Syphilis sérorésistante (Sifilis seroresistente), par J. Fernandez de la Portilla. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, juin 1931, no 9, p. 683.

Un malade atteint d'accidents secondaires avec réaction méningée et réactions sérologiques intenses, présente sous l'influence du traitement une régression des manifestations cliniques et des altérations du liquide céphalo-rachidien.

Pendant 7 ans, en dépit d'une thérapeutique intensive par le bismuth et l'arsenic et sans que le sujet ait présenté le moindre accident syphi-

litique, les réactions de Meinicke, de Wassermann, de Hecht, de Sachs, de Kahn et de Müller restent fortement positives.

Une série d'injections d'huile grise suffit à les rendre complètement négatives.

J. Margarot.

Un cas d'érythrose pigmentaire péribuccale de Brocq d'origine syphilitique (Un caso de eritrosis pigmentaria peribucal de Brocq de origen sifilitico), par J. Salaverri. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 9, juin 1931, p. 706, 1 fig.

Une femme de 43 ans présente depuis 2 ans des taches squameuses sur le menton. Elles se sont progressivement étendues autour de la bouche, atteignant les sillons naso-géniens.

A l'heure actuelle, la dermatose constitue un large anneau de coloration rouge sombre, recouvert de squames pityriasiques. Il n'y a pas d'infiltration. Les réactions de Hecht et de Meinicke sont fortement positives.

Un traitement arsenical fait rapidement disparaître l'érythrose.

J. Margarot.

Deux nouveaux trichophytons non encore décrits, rencontrés dans notre pays (Dos nuevos tricofitones, todavia no descritos, encontrados en nuestro pais), par Eduardo de Gregorio et Garcia-Serrano. *Actas Dermo-Sifiliograficas*, 23e année, no 9, juin 1931, p. 710, 6 fig.

Le premier germe a été prélevé chez un enfant qui présentait une plaque de la région zygomatique. L'aspect clinique était celui d'une trichophytie avec des poils coupés ras, des poils en tire-bouchon et de fines squames. Le champignon présentait la morphologie d'un *trichophyton endothrix*, d'aspect régulier, avec spores.

Le second germe a été isolé dans deux cas d'herpès trichophytique. L'examen microscopique montrait dans les squames des filaments mycéliens composés de spores de moyen volume.

L'auteur indique les caractéristiques de chacun des deux champignons d'après leurs cultures sur divers milieux et leur pléomorphisme.

J. Margarot.

Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia (Madrid).

Les infra-rouges dans les radium-dermites (Los infrarrojos en las radiumdermitis), par José Sarro Condeminas. *Ecos Españoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 7e année, no 71, août 1931, p. 697.

D'après les recherches et les observations de l'auteur, les infra-rouges appliqués au traitement des radium-dermites, ont l'avantage d'arrêter le processus et d'accélérer la cicatrisation. Ils agissent mieux et plus rapidement que n'importe lequel des procédés employés jusqu'à ce jour.

J. Margarot.

The American Journal of Syphilis.

Le traitement du tabès par le Bismarsen (Bismuth arsphenamine sulphonate (Bismarsen) in the treatment of tabes dorsalis), par HADDEN et WILSON. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, n° 3, juillet 1931, p. 316.

Le bismarsen, composé stable d'arsphénamine et de bismuth, récemment entré dans la pratique courante en Amérique, est vanté de toute part en raison de sa grande activité et de son innocuité. Il contient de 12 à 15 o/o d'arsenic et de 23 à 25 o/o de bismuth. Il est présenté sous la forme d'une poudre jaune très soluble. La dose habituelle est de 0 gr. 2 dans 1 centimètre cube d'eau stérilisée additionnée d'un anesthésique (butine) ; des injections intramusculaires hebdomadaires ou bi-hebdomadaires sont pratiquées par séries de 20. De nombreux articles sont consacrés à cette préparation et sont unanimes à reconnaître sa valeur.

H. et W. l'ont utilisée pour le traitement des tabétiques avec des résultats très favorables et supérieurs à ceux de la tryparsamide.

S. FERNET.

L'action antisyphilitique du parasite de la malaria en dehors de la syphilis nerveuse (The antisyphilitic action of the malarial parasite in other than central nervous system syphilis), par DENNIE, GILKEY et PAKULA. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, n° 3, juillet 1931, p. 320.

Par la seule impaludation, sans adjonction d'aucun traitement spécifique, ces auteurs ont obtenu la guérison de plusieurs cas de kératite interstitielle et de syphilis osseuse et articulaire.

Ils pensent que le paludisme n'agit pas seulement par l'hyperthermie, mais qu'il possède une véritable action antagoniste sur la syphilis. S'il ne peut guérir à lui seul toutes les manifestations syphilitiques, il possède néanmoins une action biologique spécifique qui accroît l'immunité naturelle.

S. FERNET.

Anémie aplastique survenant pendant le traitement de la syphilis par les arsénobenzènes (Aplastic anemia occurring during the treatment of syphilis with the arsphenamines), par STEPHENS. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, n° 3, juillet 1931, p. 333.

Étude générale et bibliographie des syndromes hémorragiques consécutifs aux arsénobenzènes, à propos de deux observations personnelles.

S. FERNET.

Erythrodermie arsénobenzolique avec gangrène des membres inférieurs (Neoarsphenamine exfoliative dermatitis with gangrene of the lower extremities), par RONCHESE. *The American Journal of Syphilis*, vol. XV, n° 3, juillet 1931, p. 368.

Observation d'un cas de gangrène symétrique des membres inférieurs au cours d'une érythrodermie post-arsénobenzolique grave chez une névropathe.

S. FERNET.

Archives of Dermatology and Syphilology (Chicago).

Amibiase cutanée (Amebiasis cutis), par Engman et Maleney. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 1, juillet 1931, p. 1, 28 fig.

Observations de 2 cas d'ulcération profonde de la paroi abdominale due à des amibes ayant les caractères morphologiques de l'*Endamœba histolitica*. L'un des cas a succédé à une résection du côlon pour ulcération amibienne. Le second était consécutif au drainage d'un abcès amibien du foie. Dans le premier, on trouvait des amibes à l'examen direct du pus et sur les coupes. Dans le second, sur les coupes de l'ulcère et, après autopsie, dans le pannicule adipeux sous-cutané, dans les muscles abdominaux, dans l'abcès du foie et dans des ulcérations du côlon.

Les principaux caractères de ces ulcérations cutanées sont : l'extension rapide mais irrégulière plus ou moins active suivant les régions, des bords irréguliers en raison de leur activité variable d'un point à un autre, des décollements épidermiques périphériques avec lacs de pus sous-jacents, une zone rouge inflammatoire et infiltrée en dehors de l'ulcère, douleur vive à la pression, fond granuleux, indolent, recouvert de débris épidermiques et de pus. S. Fernet.

Parapsoriasis lichénoïde et varioliforme aigu (Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta), par Diasio. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 1, juillet 1931, p. 72, 9 fig.

D. publie un nouveau cas de « parapsoriasis lichénoïde et varioliforme aigu » caractérisé par une éruption polymorphe de macules, vésicules, papules hémorragiques et nécrotiques à divers stades évolutifs et de cicatrices varioliformes. L'affection évoluait depuis 2 ans et ne s'accompagnait d'aucun trouble général ni subjectif. Cette affection est trop différente des parapsoriasis pour pouvoir leur être rattachée.

S. Fernet.

Le syndrome de Senear et Usher (The Senear-Usher syndrome), par Gilman. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, nº 1, juillet 1931, p. 84, 5 fig.

Senear et Usher ont décrit en 1926 « un type rare de pemphigus » dont ils avaient observé 11 cas et qui est caractérisé par l'association d'un lupus érythémateux de la face et d'une éruption pemphigoïde du tronc. G. décrit un cas semblable chez une négresse de 49 ans. Cette affection a été observée uniquement à l'âge adulte, dans les deux sexes. Son pronostic général est bénin ; les lésions cutanées finissent par se cicatriser spontanément, laissant persister des cicatrices et des pigmentations.

L'interprétation de ce syndrome est délicate : il peut s'agir d'une dermatite herpétiforme d'allure et d'évolution anormales ou d'une forme chronique d'érythème polymorphe ; objectivement, cependant, ce syn-

drome apparaît comme une association de lupus érythémateux avec une éruption bulleuse de nature indéterminée. S. FERNET.

Modification du traitement du lupus érythémateux par les sels d'or (Modification of therapy with gold compounds in lupus erythematosus), par MONASH et TRAUB. *Archives of Dermatology and Syphilology*, vol. XXIV, no 1, juillet 1931, p. 110.

Note préliminaire vantant les brillants résultats obtenus sur des lupus érythémateux par des injections interstitielles dermiques ou sous-cutanées de sels d'or. Les auteurs se sont servi d'une solution au 1/100 de thiosulfate double d'or et de sodium additionnée de 0,25 o/o de chlorhydrate de procaïne. Ces injections sont inoffensives, ne provoquent ni nécrose, ni pigmentation et sont uniquement suivies d'une légère douleur et d'un œdème localisé.

Les résultats thérapeutiques sont très supérieurs à ceux des injections intraveineuses qui, de plus, ont l'inconvénient d'être d'un maniement délicat. Les lésions muqueuses réagissent aussi favorablement aux injections sous-muqueuses. Les résultats obtenus seront publiés en détail prochainement. S. FERNET.

The Urologic and Cutaneous Review (St-Louis).

Syphilis héréditaire et tuberculose cutanée (Congenital syphilis and cutaneous tuberculosis), par DE AMICIS (Naples). *The Urologic and Cutaneous Review*, août 1931, p. 513.

A. cite un cas d'hybride syphilitique et tuberculeux de la peau et expose toutes les difficultés du diagnostic et du traitement en pareil cas.

Il s'agissait, chez une femme de 22 ans, d'une lésion très étendue, tuberculo-croûteuse et serpigineuse d'aspect lupoïde, évoluant depuis 12 ans. Syphilis héréditaire confirmée par un Bordet-Wassermann positif ; tuberculose pulmonaire manifeste et cicatrices d'adénites cervicales suppurées ; légère amélioration des lésions cutanées par le traitement spécifique.

Il faut savoir reconnaître dans ce genre de lésions la part qui revient à chacune des infections ; il peut s'agir d'un lupus vrai chez un syphilitique ou d'une syphilide tertiaire lupoïde chez un tuberculeux, mais lorsqu'il s'agit d'une véritable lésion hybride, les deux infections sont intimement liées dans la même lésion et il est habituel alors que l'une des infections constitue la dominante étiologique et que la seconde joue en quelque sorte le rôle du terrain.

Sans pénétrer dans la question des rapports réciproques de la syphilis et de la tuberculose chez le même individu et sans vouloir par ce cas unique affirmer la prédisposition des hérédo-syphilitiques à la tuberculose, A. signale la fréquence de ces cas qui déroutent le clinicien non avisé, surtout lorsque le traitement spécifique a été suivi de quelque amélioration comme c'est le cas habituel.

S. FERNET.

Altérations nucléaires des globules blancs dans la syphilis (Nuclear changes in white blood cells in syphilis), par Antoni (Hambourg). *The Urologic and Cutaneous Review*, août 1931, p. 501, 3 fig.

A. a observé dans la syphilis des altérations spéciales des noyaux leucocytaires. Il faut colorer les préparations par la méthode de Fadizit : fixation à l'alcool méthylique, coloration par le bleu de méthylène additionné de borax et d'acide tannique. On constate alors que les noyaux des globules blancs, en particulier ceux des lymphocytes, ont des contours flous et qu'un prolongement canaliculaire paraît s'en détacher, décrit quelques ondulations et se termine souvent par un nodule. Certaines de ces formations ressemblent à des spirochètes. Leur présence a été constatée par A. et d'autres auteurs chez plus de 500 syphilitiques ; jamais on ne les trouve en dehors de la syphilis. Elles ne sont pas constantes mais peuvent s'observer à toutes les périodes de la syphilis. Elles deviennent rares ou disparaissent totalement par le traitement. Elles apparaissent à la période présérologique, simultanément avec l'adénopathie et d'abord dans les lymphocytes.

A. leur attribue une valeur diagnostique.

S. Fernet.

Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia (Bologne).

Sur la pathogénie de la sclérodermie, par C. Malossi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia*, vol. VII, fasc. 2, juillet 1931, p. 103, 3 fig. Bibliographie.

Après quelques considérations générales, où l'auteur insiste sur les liens étroits qui s'affirment de plus en plus entre la médecine interne et la dermatologie, il montre que la sclérodermie est une des affections cutanées où ces relations ressortent avec le plus d'évidence. La pathogénie de cette affection est un des points les plus intéressants, mais aussi les plus discutés de son étude. Tout le monde est d'accord pour reconnaître qu'elle est sous la dépendance du système nerveux, mais par quel mécanisme ? Action directe des centres cérébraux ou médullaires ? Trouble sympathique pur ? Altérations endocrino-sympathiques ? Problèmes difficiles à résoudre.

M. passe à l'étude d'un cas de sclérodermie qu'il a eu l'occasion d'observer chez une fillette de 5 ans : elle présenta d'abord à la région lombaire, sous forme de plaques pigmentées, deux lésions de sclérodermie en bandes. Puis un autre placard sclérodermique apparut et se développa lentement à la partie supérieure et gauche du visage, avec les modifications habituelles d'aspect et de consistance de la peau : amincissement, rétraction entraînant la déviation des fentes palpébrale et orale, chute partielle du sourcil, déglabration de la région pariétale correspondante, l'ensemble donnant un aspect qui rappelait celui de l'hémi-atrophie faciale.

Cette enfant a fait l'objet de multiples recherches que l'auteur expose longuement dans tous leurs détails : anthropométrie, examen du système neuro-végétatif, examen radiologique, électrique, réaction de Bordet-Wassermann (négative), cuti-réaction tuberculinique ; examen des urines, dosage du Ca dans le sang, épreuves pharmaco-dynamiques et essais endocriniens, etc...

L'examen radiologique décela un léger processus de raréfaction osseuse, ce qui semble démontrer que les analogies d'aspect entre la sclérodermie et l'hémi-atrophie faciale ne sont peut-être pas de simples analogies d'aspect, et que le processus sclérodermique n'atteint pas seulement la peau.

Au point de vue des glandes endocrines, les opinions les plus variées et les plus contradictoires ont été formulées par les divers auteurs qui se sont occupés de cette question : toutes les glandes ont été incriminées à tour de rôle.

Aussi, M. est-il enclin à attribuer le rôle prépondérant au système nerveux en général et au système neuro-végétatif en particulier, qui tiennent sous leur dépendance la sécrétion des diverses glandes endocrines et ainsi pourrait s'expliquer la diversité des résultats observés qui tiendrait à l'action du système nerveux s'exerçant tantôt sur une glande, tantôt sur une autre.

L'ensemble des constatations objectives faites par M. sur sa petite malade l'amène à conclure à un état évident de déséquilibre des fonctions du système neuro-végétatif, tant dans sa section sympathique que parasympathique, mais avec prévalence dans la première. Ce qui vient appuyer cette opinion, c'est que, en raison de l'examen radiographique, les lésions faciales paraissent bien être un stade intermédiaire entre celles de la sclérodermie simple et celles de l'hémi-atrophie faciale ; or, cette dernière affection est depuis longtemps attribuée à des lésions graves du sympathique cervical.

L'examen radiologique montrait aussi une selle turcique de dimensions inférieures à la normale et ce fait est à rapprocher de l'épreuve de la glycosurie adrénalinique positive chez la petite malade, et cette coïncidence donne à penser aussi à une lésion de la région neuro-tubéro-infundibulo-hypophysaire, dont la lésion est bien établie dans ce syndrome neuro-végétatif par excellence qu'est l'acrodynie ou érythrœdème, qui a bien quelques points de contact avec la sclérodermie.

BELGODERE.

Les mutations du tableau clinique de la syphilis chez les anciens auteurs, par le Prof. Mario TRUFFI. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 2, juillet 1931, p. 132.

Dans une première partie de ce travail, le Prof. T. fait une revue historique, d'où il appert nettement que les variations dans le temps du tableau clinique de la syphilis n'avaient pas échappé à la perspicacité des vieux cliniciens. Ainsi, Fracastor met en évidence dans les 50 pre-

mières années de l'apparition de la syphilis, deux périodes, une première caractérisée par la diminution des formes pustuleuses et des douleurs, et par la manifestation plus commune de formes érythémateuses et papuleuses ainsi que par une fréquence plus grande des gommes ; la seconde période caractérisée par la fréquence de l'alopécie. Mais il est probable que cette seconde mutation était une conséquence de la première, car l'atténuation des phénomènes douloureux devait entraîner un plus grand nombre de sujets à négliger le traitement et on sait aujourd'hui que l'alopécie survient surtout dans les cas de syphilis non traitée.

Plus tard (1566), un autre clinicien de génie, Traiano Petronio, qui soignait à la fois le Pape et la vérole, car il était aussi médecin du Pape Grégoire XIII, remarque que, autrefois, les malades qui ne se soignaient pas allaient au-devant des accidents les plus graves, tandis qu'aujourd'hui, ceux même qui ne se soignent pas ont des accidents plus légers qu'auparavant. Il cherche à s'expliquer ce fait et émet une hypothèse qui est comme une divination des théories actuelles de l'immunité. De même, le Prof. T. montre que Fallope a eu l'intuition de la réaction de Herxheimer. Bornons-nous à ces trois noms, car une étude historique ne peut guère se résumer. Mais, d'une manière générale, on peut dire que, depuis quatre siècles, les mutations de la syphilis n'avaient pas échappé à l'attention des vieux maîtres, et ils avaient tous remarqué que ces mutations se faisaient dans le sens d'une atténuation de la maladie.

Ce n'est donc pas d'aujourd'hui seulement qu'est née la conception que la syphilis pouvait se présenter avec des aspects différents de ceux qu'elle offrait précédemment.

Toutefois, pour ce qui concerne l'époque contemporaine, le changement d'aspect de la syphilis tient pour une bonne part au fait que diverses affections ont été rattachées à la syphilis alors qu'autrefois cette relation était ignorée. Les manifestations sur l'appareil circulatoire et le système nerveux, par exemple, devaient bien exister du temps de Fracastor, mais leur origine était méconnue.

Aussi ne faut-il pas trop se hâter de parler de l'atténuation de la syphilis : ce qui est véritablement atténué, ce sont les manifestations extrinsèques, visibles, grossières, de la syphilis.

Quelle est la cause de ces mutations de la syphilis ? La réponse n'est pas facile. Cependant, ce qui est incontestable, c'est que les plus grands changements dans l'aspect de la maladie ont toujours suivi les grandes découvertes thérapeutiques et à cet égard on peut distinguer trois étapes : 1° découverte du traitement mercuriel ; 2° découverte de la méthode hypodermique ; 3° découverte du traitement par l'arsenic et le bismuth.

Mais d'autres facteurs doivent intervenir, dont l'action ne peut être qu'entrevue : modifications de virulence du germe, augmentation de la résistance organique, variations des facteurs extrinsèques, etc.

Belgodere.

Sur un cas de livedo, par Livio Burbi. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 2, juillet 1931, p. 147, 4 fig. 2 pages de bibliographie.

Dans une première partie de son travail, B. étudie les différentes formes de livedo qui ont été décrites : *livedo marmorata ; livedo racemosa ; livedo reticularis Adamson ; livedo lenticularis Adamson,* etc..., pour ne citer que les formes principales, dont on a décrit de nombreuses sous-variétés. L'auteur montre que les caractères propres à ces différents types sont loin d'être fixés d'une manière précise, aussi bien au point de vue clinique qu'histologique, de sorte que les auteurs sont loin de s'entendre sur la classification et sur la nature de ces diverses variétés, si bien que l'on a parfois l'impression d'être en présence d'un véritable chaos.

B. rapporte ensuite l'observation d'une enfant de 12 ans, ayant des antécédents nets de tuberculose pulmonaire, qui présentait aux membres inférieurs, aux avant-bras et à la poitrine, des lésions érythémateuses à disposition réticulaire, à grosses mailles, de couleur rouge vif. Les caractères cliniques permettent de considérer cette forme comme un type de *livedo reticularis Adamson,* les autres variétés étant éliminées. Au point de vue pathogénique, toute autre interprétation paraissant peu satisfaisante, B. conclut qu'il s'agit d'une toxidermie spécifique tuberculeuse, en relation avec la tuberculose pulmonaire en évolution. Au point de vue histologique, on constate des lésions vasculaires qui rappellent celles de l'érythème induré de Bazin et qu'on peut considérer comme résultant d'une irritation de la paroi vasculaire par la toxine tuberculeuse. De sorte que cette dermatose, en somme, pourrait être considérée comme une *prétuberculide.* On discute d'ailleurs si le *livedo reticularis* et l'érythème induré ne sont pas les deux phases évolutives d'une même maladie. Cette conception n'a pu jusqu'ici être démontrée nettement. Si la preuve en était apportée, le *livedo reticularis* mériterait d'être considéré comme une véritable *tuberculide.*

Belgodere.

Contribution à l'étude de la syphilis osseuse, par N. Bagnoli. *Archivio Italiano di Dermatologia, Sifilografia e Venereologia,* vol. VII, fasc. 2, juillet 1931, 6 fig. 2 pages de bibliographie.

B. fait remarquer que le diagnostic de la syphilis osseuse n'est pas toujours facile, à cause du polymorphisme des manifestations d'une part et, d'autre part, parce que les caractères ne sont pas toujours très typiques. Cependant, ces difficultés se sont atténuées beaucoup à notre époque par suite des progrès réalisés dans la thérapeutique et dans les moyens d'exploration, notamment grâce à la radiographie.

Il rapporte l'histoire d'un malade de 35 ans, atteint d'une ulcération gommeuse au-devant du sternum, et de différentes localisations d'ostéo-périostite, notamment au frontal, au sternum, aux os iliaques, aux fémurs. La syphilis était certaine : réaction de Bordet-Wassermann

nettement positive, mais il était impossible de dire s'il s'agissait de syphilis acquise ou héréditaire, le père du malade étant suspect, sans que ces soupçons aient pu être contrôlés.

Le diagnostic de syphilis fut encore contrôlé par le traitement qui amena une guérison rapide de la lésion du sternum, qui durait depuis un an, et une amélioration nette des lésions osseuses, dont témoignait la disparition des douleurs, la diminution du volume des os atteints et enfin l'examen radiographique qui montrait notamment, sous l'influence du traitement, les zones claires d'ostéite raréfiante se transformant en zones sombres d'ostéite condensante.

Mais B. insiste surtout sur la question du diagnostic. Pour ce qui est des lésions du sternum, leur nature ne se prêtait à aucune discussion. Mais pour les autres, on pouvait penser à une maladie osseuse de Paget.

B. discute donc ce diagnostic, indiquant les raisons qui lui ont fait conclure au diagnostic de syphilis, notamment l'amélioration rapide sous l'influence du traitement spécifique.

Un autre point intéressant de l'observation, c'est que les tibias n'étaient point touchés, alors qu'ils sont d'habitude la localisation de prédilection de la syphilis osseuse. Chez ce malade, fait curieux, les localisations multiples étaient en outre pour la plupart des localisations rares.

B. signale aussi dans les antécédents de son malade un traumatisme de la cuisse, antérieur de 21 ans au début des accidents osseux, mais ce long laps de temps ne lui paraît pas une raison suffisante pour éliminer une influence étiologique, car il peut bien y avoir eu une longue période pendant laquelle les lésions seraient demeurées latentes.

A ce propos, il discute la question des rapports entre la syphilis et les traumatismes, rappelant les travaux bien connus sur cette question de Pasini et de Clément Simon. BELGODERE.

Il Dermosifilografo (Milan).

Considérations cliniques sur un cas de pseudo-trichotillomanie, par G. PERANTONI-SATTA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 8, août 1931, p 449, 2 fig. Bibliographie.

L'auteur décrit un cas de pseudo-trichotillomanie chez une fillette idiote, atteinte d'une affection cérébrale, et en outre atteinte de trichophytie du cuir chevelu, association qui n'a jamais encore été observée. Il fait l'historique de cette affection, et en discute le diagnostic. Il fait remarquer qu'il existe deux formes de cette maladie : l'une la pseudo-trichotillomanie vraie, est une habitude vicieuse, une sorte de tic ; l'autre la pseudo-trichotillomanie est symptomatique de certaines maladies particulières et d'états affectifs. Le cas rapporté par l'auteur rentre évidemment dans la deuxième catégorie. Au point de vue thérapeutique, on n'a guère jusqu'ici trouvé d'autre remède que de conseiller le port des cheveux coupés court. P. trouve ce moyen un peu sim-

pliste et inopérant, surtout dans les cas de pseudo-trichotillomanie symptomatique comme le sien. Ce qu'il faudrait, c'est surtout soigner la maladie causale, la maladie cérébrale, l'état psychique, sans quoi la récidive se produit fatalement. BELGODERE.

Diffusion de Molluscum contagiosum dans un groupe de lutteurs (Contribution à la statistique de la médecine sportive), par Roberto CASAZZA. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 8, août 1931, p. 461, 5 fig. Bibliographie.

Sur un groupe de 11 athlètes pratiquant la lutte gréco-romaine, l'auteur a rencontré 6 sujets atteints de *Molluscum contagiosum* (respectivement avec 67, 1, 31, 27, 7, 3 éléments en évolution). La contagion provenait selon toute vraisemblance, du maître de lutte qui avait été atteint le premier de cette affection. Les localisations étaient, chez tous les malades, en dehors des localisations communes (visage, organes génitaux) et se rencontraient au contraire sur les bras, les épaules, la poitrine, les parties latérales du thorax, le dos, la nuque, c'est-à-dire sur les points où les contacts et les froissements d'homme à homme sont de règle durant les exercices de lutte gréco-romaine. Au point de vue morphologique, il convient de remarquer particulièrement un cas dans lequel les molluscums revêtaient des caractères particuliers (rappelant la forme décrite par Withfield sous le nom de *Molluscum contagiosum* miliaire). L'auteur rappelle les épidémies les plus notables de *Molluscum contagiosum* que l'on peut relever dans la littérature : il n'a pas trouvé décrit le type de diffusion qu'il a observé dans ce cas, modalité qui peut avoir quelque importance, même au point de vue de la médecine sportive. BELGODERE.

Sur un cas de gomme syphilitique ulcérée du cuir chevelu avec ostéopériostite du pariétal droit, par G. NARDI. *Il Dermosifilografo*, 6e année, n° 8, août 1931, p. 474. 2 fig.

N. fait remarquer qu'il serait banal et sans intérêt de publier des observations de gommes syphilitiques, dont la symptomatologie est bien établie, mais il y a cependant des cas dont l'étude est intéressante, à cause de certaines particularités, et notamment des associations pathologiques avec l'épithélioma, ou le lupus, associations dont les caractères sont en général mal connus d'un grand nombre de médecins non spécialisés.

Il rapporte le cas d'un homme de 55 ans, ayant eu la syphilis 29 ans auparavant et avec réaction de Bordet-Wassermann légèrement positive. Cet homme présentait sur le cuir chevelu, au niveau de la région pariétale, une ulcération ayant tous les caractères d'une gomme syphilitique. Mais, avec cette particularité que cette ulcération n'avait pas de fond, celui-ci était représenté par le périoste mis à nu.

Le malade fut soumis au traitement spécifique qui donna tout d'abord des résultats satisfaisants qui venaient corroborer le diagnostic. Mais ensuite l'amélioration ne se poursuivit pas et même il sembla que l'état local s'aggravait, si bien qu'on fut amené par certains aspects et

certaines modifications de l'état des bords, à suspecter une transformation néoplasique et un traitement local dans ce sens (rayons X) fut même appliqué. Mais on ne constata pas de progrès bien nets et d'autre part au fond de l'ulcération le périoste était nécrosé, il s'était produit un séquestre superficiel, avec suppuration due à des microbes d'infection secondaire et N., supposant que cette lésion périostique pouvait être l'obstacle à la guérison, se décida à tenter une intervention chirurgicale. Un chirurgien procéda au curettage de l'ulcération et à l'élimination du séquestre. Les résultats de cette intervention furent rapides et brillants : au bout de 20 jours, l'ulcération était complètement cicatrisée.

N. fait remarquer cependant qu'il n'est pas habituel que l'on soit obligé d'intervenir chirurgicalement dans le traitement des gommes ostéo-périostiques et que même souvent une pareille intervention comme cela se produit parfois par suite d'erreurs de diagnostic, a des résultats plutôt fâcheux, de sorte que dans le cas rapporté, il est bien possible que le succès thérapeutique ne doive pas être attribué à l'intervention chirurgicale seule ; celle-ci a agi surtout en faisant disparaître un obstacle à la guérison, mais la guérison elle-même doit vraisemblablement être attribuée à l'action de la médication spécifique.

BELGODERE.

Aperçus statistico-cliniques sur les contagions de syphilis observées à Pérouse en 1930, par le Prof. G. BERTACCINI. *Il Dermosifilografo,* 6e année, n° 8, août 1931, p 483.

Bien que cette statistique porte sur un centre peu important et sur une période de temps assez courte, elle démontre cependant d'une manière nette une augmentation considérable des cas de contagion pendant l'année écoulée et cette augmentation n'est pas accidentelle et due à des causes fortuites, car elle se répartit sur toute la durée de l'année et en outre elle coïncide avec une augmentation semblable observée de divers côtés, en Italie et à l'étranger. En outre, ces divers cas de syphilis se présentaient avec une symptomatologie variée telle qu'il est classique de la décrire, alors que depuis quelques années on s'était accoutumé à considérer la syphilis comme une maladie tendant à devenir plus fréquemment asymptomatique. Ces divers cas ont cédé normalement aux traitements habituels sans que l'on ait eu à mentionner de résistance à la thérapeutique. B. conclut de cette recrudescence qu'il ne faut pas trop se leurrer d'espérances prématurées et ni se hâter trop tôt d'annoncer la disparition de la syphilis.

BELGODERE.

Acta Dermato-Venereologica (Stockholm).

Contribution à l'étude de l'eczéma des boulangers (Contribution of the Knowledge of « Bakers » Eczema (Bakers Itch), par N. C. VAN VONNO. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 1, avril 1931, p. 1. 9 fig.

L'auteur, après une description clinique détaillée de l'eczéma des boulangers, conclut qu'il s'agit d'une affection allergique et d'une maladie professionnelle. Une propreté absolue des boulangers et une hygiène générale du personnel peuvent prévenir les accidents.

Olga Eliascheff.

Rœntgenographie dans les strictures de l'urèthre (Die Rœntgenographie bei Harnröhrenstrikturen), par B. Petscherski, F. Strokov et I. Schischov. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 1, avril 1931, p. 23, 20 fig.

Les auteurs se basent sur 200 uréthro- et cysto-uréthrogrammes pour recommander l'uréthrographie pour le diagnostic des strictures de l'urèthre et pour le diagnostic différentiel de ces strictures (blennorragiques, traumatiques ou congénitales). La méthode est simple et non douloureuse.

Olga Eliascheff.

Dermatoses endogènes et du système végétatif-hormonal (Endogene Dermatosen und Vegetativ-Hormonale Bahnung), par Ewin Pulay (Vienne). *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 1, avril 1931, p. 81.

Conférence faite à Prague sur les dermatoses endogènes et le système végétatif-hormonal.

L'auteur considère la peau comme un organe central végétatif. Toutes les modifications cutanées sont enregistrées par des modifications dans le système vasculaire (dilatation et contraction dans la sécrétion, c'est-à-dire la production de la lymphe, etc.). La circulation cutanée occupe la première place de toutes ces manifestations. La dilatation est déterminée par l'hyperémie, la contraction par l'influence de l'hormone. La déficience de l'hormone crée une base constitutionnelle pour la prédisposition à l'œdème. Le maintien de la balance splanchno-périphérique est indispensable pour le fonctionnement normal de la peau, vu ses relations avec le système végétatif.

P. résume les résultats de ses recherches de 10 années sur le métabolisme basal dans l'eczéma, l'urticaire et le psoriaris. Les sensibilisateurs endogènes proviennent en partie de la nourriture, ils sont principalement des produits intermédiaires du métabolisme. Un métabolisme anormal peut être la cause de lésions eczémateuses de la peau. On peut constater un antagonisme entre la teneur en magnésie et en calcium ; cette constatation est de valeur au point de vue thérapeutique, surtout dans les eczémas urticariens.

L'hyperglycémie sensibilise la peau vis-à-vis des hydrates de carbone ; la teneur du sang en sucre ne doit pas être très élevée, il suffit souvent d'une quantité qui est à la limite supérieure de la normale. Mais cette recherche de la glycémie doit être pratiquée en séries, faite une seule fois elle n'a pas de valeur. A côté de la glycémie, l'acidose joue un grand rôle : l'uricémie, c'est-à-dire le taux élevé de l'acide urique, sensibilise la peau vis-à-vis des troubles du métabolisme des purines. Chez 25 o/o des eczémateux, l'auteur trouva une augmentation de l'acide urique.

Le psoriasis est une réaction cutanée, il doit être considéré comme un trouble de la fermentation. Il est l'expression et la manifestation clinique d'un processus oxydo-fermentatif des cellules. La prédisposition au psoriasis est héréditaire, elle est basée sur une défectuosité congénitale du système endocrinien tout entier.

OLGA ELIASCHEFF.

La lèpre en Norvège, par H. P. LIE . *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 2, juillet 1931, p. 105.

Historique de la lèpre en Norvège. L'auteur apporte des chiffres qui démontrent la décroissance de la maladie dans ce pays. Tandis qu'il y avait, en 1856, 2.858 lépreux sur 1 million 1/2 d'habitants, on n'en connaît aujourd'hui que 167 cas pour la Norvège, qui a maintenant près de 3 millions d'habitants. L'isolement et le contrôle des malades ont eu une grande influence sur la diminution de la lèpre ; mais, d'un autre côté, l'amélioration survenue au point de vue économique, des maisons mieux bâties et spacieuses, une plus grande propreté, une meilleure nourriture tout cela a contribué à la diminution de la lèpre.

Quant au pronostic de la lèpre, l'auteur la considère comme une maladie guérissable ; dans les tropiques, on pense avoir obtenu jusqu'à 10 o/o de guérisons sur les cas traités. Le traitement par l'huile de Chaulmoogra (choogrol, alepol) doit commencer à une période précoce de la maladie et doit être continuée pendant des années.

Le bacille de la lèpre et celui de la tuberculose, apparemment si ressemblants, sont très différents quant à leur biologie.

OLGA ELIASCHEFF.

Sur l'ulérythème sycosiforme d'Unna (Sycosis lupoïde Brocq) (Ueber Ulerythema sycosiforme Unna) (Sycosis lupoïde Brocq), par L. N. MASCHKILLEISSON. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 2, juillet 1931, p. 115, 1 fig.

Bibliographie et un cas personnel de l'auteur sur l'ulérythème sycosiforme d'Unna (sycosis lupoïde de Brocq). Il s'agit d'un homme de 28 ans, atteint de cette maladie depuis 3 ans, les lésions débutèrent sur la joue gauche pour gagner la tempe et le menton ; 1 an 1/2 après le début, des lésions analogues se formèrent sur le côté droit de la face. Ces lésions sont formées par deux zones distinctes : une, plus large, centrale, correspondant au processus ancien, est cicatricielle et une autre zone périphérique, plus étroite, constitue la lésion aiguë. Elle est de teinte rougeâtre, couverte de nodules (parfois par des poils) du volume d'une à deux têtes d'épingles, quelques-uns couverts de vésicules et de pustulettes.

L'histologie montra une légère hyperkératose avec parakératose partielle, une dilatation des follicules remplis de kératine, une grande acanthose, une altération cavitaire. Dans le derme, un œdème très prononcé du corps papillaire et un infiltrat énorme dans toute la profondeur du derme. L'infiltrat diffus est composé de plasmocytes,

lymphocytes, cellules épithélioïdes, de fibroblastes, de rares leucocytes. Tous les vaisseaux sanguins et lymphatiques sont dilatés et entourés d'un infiltrat. Destruction des poils, absence des glandes sébacées.

Le traitement consiste en savonnage et en application de pâtes soufrées ou résorcinées et en épilation des poils malades. Un cas a été guéri par les rayons de Rœntgen et par la diathermie unipolaire.

OLGA ELIASCHEFF.

Hyperkératose gonococcique (Gonorrhoeische Hyperkeratose), par K. L. GOLSCHMID. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XII, fasc. 2, juillet 1931, p. 129, 4 fig.

L'auteur décrit un cas d'hyperkératose blennorragique chez un homme de 36 ans. Blennorragie en 1910 et 1915, compliquée d'arthrite. Apparition en 1927 d'une hyperkératose symétrique des mains et des pieds. Inflammation des vésicules séminales ; absence de gonocoques dans le liquide de la prostate. La réaction de Bordet-Gengou fut positive. Absence de gonocoques dans une lésion biopsiée. Un résultat excellent a été obtenu par l'emploi d'un vaccin antigonococcique.

OLGA ELIASCHEFF.

La thérapeutique du pemphigus par la quinine-urotropine (Die Chinin-Urotropintherapie des Pemphigus), par Roman DE LESZCZYNSKI. *Acta Dermato-Venereologica,* vol. XII, fasc. 2, juillet 1931, p. 140.

L'auteur apporte les résultats obtenus dans le traitement du pemphigus par la quinine-urotropine dans 40 cas, pendant les années 1921-1930. Ce traitement amène la guérison rapide dans les cas peu malins ; dans les cas plus graves, mais chez des malades suffisamment résistants, la guérison survint moins rapidement. Dans le pemphigus très grave, chez des malades affaiblis (lésions du cœur, du foie et des reins), ce traitement peut prolonger la vie et améliorer l'état du malade.

L. donne 3 fois par jour 0 gr. 30 de quinine *per os.* Tous les 2 jours, il fait une injection intraveineuse de 5 à 10 centimètres cubes d'une solution d'urotropine à 40 o/o. Pour renforcer le traitement, l'auteur ajoute jusqu'à 3 grammes par jour de diurétine, ainsi que des toni-cardiaques (scillarène) et de l'adrénaline sous forme de sirop. Des bains d'amidon et de goudron s'ajoutent à ce traitement interne.

OLGA ELIASCHEFF.

Remarques sur le procédé de culture du Schizosaccharomyces hominis Benedek, 1927. 3e Communication : culture directe du sang, tableau macro- et microscopique (Bemerkungen zum Züchtungsverfahren des Schizosaccharomyces Hominis Benedek, 1927. 3e Mitteilung : Die direkte Blutkultur Das makro- und mikroskopische Bild), par T. BENEDEK. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XII, fasc. 1, avril 1931, p. 38, 24 fig.

L'auteur continue ses recherches sur le *Schizosaccharomyces hominis* et apporte les résultats obtenus :

Les cultures des *Schizosaccharomyces hominis* du sang ne réussissent que dans des milieux liquides (bouillon glycosé à 5 o/o avec un *p*H 6,9-7,2). Les cultures de l'auteur sont devenues positives entre 24 heures et 4 semaines, à une température de 27° C. Les cultures positives peuvent être repiquées des milieux liquides sur l'agar glycosé à 8 o/o après avoir été repiquées 3, 5, 8 fois sur le bouillon.

Sur 206 cas examinés, l'auteur trouva dans le sang, dans 36 cas (17,48 o/o) le *Schizosaccharomyces hominis*, c'est-à-dire dans 8 cas localisés (pityriasis du cuir chevelu), dans 23 cas généralisés et dans 5 cas de schizosaccharomycide (pityriasis rosé de Gibert).

La difficulté des cultures du champignon est très probablement due au pouvoir du sang humain ou du sérum d'arrêter son développement.

Les cultures du champignon du sang sur l'agar glucosé à 8 o/o se distinguent macroscopiquement et microscopiquement : « le type sanguin et le type cutané ». Le *Schizosaccharomyces hominis* n'est pas un parasite de surface, il est toujours un endoparasite de l'homme. Il peut aussi produire des lésions organiques (foie) démontrées par l'autopsie.

On peut démontrer la présence du champignon dans le contenu des bulles produites par la cantharidine et les colorer d'après May-Grunwald-Giemsa. OLGA ELIASCHEFF.

La syphilis (son origine biologique et le moyen de la supprimer) (Syphilis (Ihr biologischer Ursprung und der Weg zu ihrer Ausrottung)), par F. THUGUT. 109 pages. F. Enke. Stuttgart, 1931.

Dans ce petit livre, T. expose en trois grands chapitres ses idées personnelles sur l'origine et l'extension de la syphilis, et sur le moyen de la supprimer.

Le premier chapitre, historique, étudie le développement de la syphilis sur toute la terre, les différentes explications qui en ont été données (ce que l'auteur appelle « l'origine et l'étiologie de la syphilis dans le miroir des temps ») la terre d'origine de la syphilis, la signification et la pathologie de la syphilis en tant que source d'histoire, le point d'origine en Europe. Il conclut que le spirochète actuel est né du mélange de deux races humaines : la blanche et la rouge ; auparavant, le spirochète « initial » était inoffensif pour la seconde ; en changeant de terrain, grâce au mélange, il acquiert ses propriétés pathogènes actuelles et devient le *spirocheta pallida*. Après quoi, T. s'occupe de l'extension chez l'individu, puis dans le monde, et de ses répercussions familiales et sociales. Bien définie après la découverte de Schaudinn, la syphilis doit disparaître grâce à un diagnostic et un traitement précoces, et surtout grâce à une prophylaxie individuelle bien faite.

L. CHATELLIER.

Sovietsky Vestnik Dermatologuii (Moscou).

Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn avec des caillots sanguins, par A. I. Kartamycheff et A. J. Degtiar (Kief). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 383-388.

Après avoir cité quelques données bibliographiques sur la modification de Dold qui a proposé de pratiquer la réaction de Bordet-Wassermann avec des caillots de sang, les auteurs communiquent leurs résultats personnels obtenus dans 1.000 examens sérologiques. Dans 96 o/o il y avait concordance complète avec la réaction de Bordet-Wassermann faite parallèlement ; dans 2,8 o/o la discordance était insignifiante et dans 0,7 o/o elle était considérable. Quant au degré de la positivité de la réaction avec les caillots sanguins, elle était supérieure à celle du Bordet-Wassermann dans 3,3 o/o et inférieure à 1,6 o/o, la différence étant de 1 ou 2 +.

Les auteurs estiment que la réaction de Dold est une réaction auxiliaire très utile, mais qu'elle ne peut qu'exceptionnellement remplacer la réaction classique de Bordet-Wassermann, ce qui d'ailleurs était noté par Dold lui-même.

Les auteurs ont également fait 200 réactions sérologiques d'après la méthode de Kahn, en se servant des caillots. La discordance était de 8,5 o/o. Or, les réactions positives n'étaient concordantes que dans 15 o/o, les floculats ayant été peu nets, c'est pourquoi les auteurs concluent que la réaction de Kahn ne peut être effectuée avec des caillots sanguins. Bermann.

Contribution à la clinique de la syphilis congénitale de la glande thyroïde, par I. M. Khaïoutine et J. A. Goldenberg (Sébastopol). *Sovietsky Vestnik Dermatologuii* (Moscou), t. IX, n° 4, avril 1931, pp. 402-407.

Après un aperçu bibliographique sur les affections endocrines et les relations réciproques des glandes entre elles, les auteurs rapportent 2 cas personnels fort intéressants et rares.

Les deux observations concernent des jeunes filles vierges de 14 et 15 ans se plaignant, à l'entrée dans le service, de dyspnée, de dysphagie, d'enrouement de la voix et de tuméfaction progressive de la partie antérieure du cou. Dans les deux cas, polyadénopathie cervicale, sous-maxillaire, inguinale, indolore ; tachycardie ; réflexes cutanés vifs, réflexes pupillaires à la lumière et à l'accommodation normaux, pas de Romberg, de Tremor, de Græfe, de Stelwag, de Mœbius. La glande thyroïde est du volume d'une pomme dans le premier cas et d'un œuf de poule dans le second, mobile, indolore, non soudée aux téguments cutanés. Dans le premier cas, on trouve une perforation du palais. La laryngoscopie montre dans les deux cas une hyperémie et une infiltration des cordes vocales. Les recherches des bacilles de la tuberculose ont été négatives dans les deux cas. Pirquet négatif, mais Bordet-Wassermann, Meinicke positifs chez les deux malades. Aménorrhée.

Dans le premier cas, la mère avoue avoir contracté une syphilis asexuelle, en allaitant un enfant syphilitique avant la naissance de sa propre fille. Dans le second cas, les parents avaient eu plusieurs enfants mort-nés.

Toutes ces données ont permis aux auteurs de diagnostiquer une syphilis congénitale tardive à forme tertiaire de la glande thyroïde et du larynx. Le traitement spécifique mixte a amené la cicatrisation de la perforation du voile du palais, la cessation de la dyspnée, de la tachycardie, de l'enrouement de la voix, une diminution de la glande thyroïde, la guérison du larynx et le retour des règles. Les deux malades observées durant plusieurs mois avaient une santé satisfaisante et durable. Les auteurs soulignent que l'association de la syphilis de la thyroïde et du larynx explique la rareté des cas observés par les syphiligraphes, car les malades s'adressent aux laryngologistes à cause des troubles fonctionnels du côté de l'appareil phonateur. Il est intéressant de noter les relations des ovaires avec la thyroïde. Les malades, qui avaient des signes sexuels secondaires normaux et n'étaient pas réglées, ont vu leurs menstruations s'établir au fur et à mesure de l'amélioration de leur thyroïdite spécifique.

En somme, la syphilis héréditaire de la glande thyroïde se rencontre beaucoup plus souvent qu'on ne la diagnostique et décrit. Cette affection peut évoluer sans troubles fonctionnels notables. La maladie est bien influencée par le traitement spécifique.

BERMANN.

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ORIGINAUX
RECUEILS DE FAITS ET REVUES GÉNÉRALES

Pages

Barbé. — Voy. Sézary.
Barral (Philippe). — Voy. Gaté.
Belgodere (G.). — L'érysipéloïde, transmission à l'homme du rouget de porc (avec une observation personnelle). 1241
Bidault. — Voy. Lortat-Jacob.
Brun (Mlle C.). — Voy. Faure-Beaulieu.
Butler (C. S.). — De la tréponématose en marge des rapports du pian et de la syphilis. 1188
Cailliau. — Voy. Hudelo.
Chatellier et Izard. — Roséole histiocytaire atrophique et congénitale 534
Chougame. — Voy. Werzilov.
Dracoulidès et Kéléménis. — Lupoïdes en placards. Forme rare de la maladie de Bœck du type à gros noyaux, provoquée par un coup violent et simulant la lèpre. 361
Dubreuilh (W.). — L'eczéma des bûcherons 199
Faure-Beaulieu et Mlle Brun. — Le tréponème dans les adénopathies satellites d'arthropathies tabétiques 1049
Fernet (P.) et Legrain (P.). — Nécrologie de M. Lortat-Jacob. . 833
Freydine. — Voy. Werzilov.
Gaté (Jean) et Barral (Ph.). — Ulcères de jambe et insuline. . . 665
Giraudeau. — Voy. Jeanselme.
Hudelo (Lucien) et Cailliau. — La sarcomatose idiopathique pigmentaire multiple de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques 417
Huerre. — De l'association des corps réducteurs et des mercuriaux dans les pommades 367
Hufschmitt, Sartory (A. et R.) et Meyer. — Un cas de blastomycose cutanée à foyers multiples 850
Izard. — Voy. Chatellier.
Jeanselme et Giraudeau. — Lèpre et syringomyélie. Étude de la sécrétion sudorale dans ces deux maladies. Leur diagnostic différentiel par ionisation de pilocarpine 177
Juster (E.). — Voy. Lévy-Franckel.
Kéléménis. — Voy. Dracoulidès.

Pages

LABRO. — Dermatose pigmentée des jambes (Schamberg ?) et hémangiectasie tuberculeuse 1104
LEBEUF et MOLLARD. — Morphologie des aurides. Essai de classification. 214
LEGRAIN. — Voy. FERNET
LÉVY-FRANCKEL (A.) et JUSTER (E.). — Recherches sur le mécanisme physiopathologique de la pelade. — II. Pelades traumatiques et pelades par choc émotif. 1074
LORTAT-JACOB et BIDAULT. — Streptocoque et entérocoque dans les parakératoses. 842
— et SOLENTE. — Quelques précisions sur la cryothérapie. . . 461
MARINESCO (G.). — Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie du zona. 641
MARTINS DE CASTRO (A.). — L'acétate de thallium dans le traitement des teignes 1056
MEYER (J.). — Voy. HUFSCHMITT.
MOLLARD. — Voy. LEBEUF.
MONTLAUR (M. et Mme H.). — Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson ». 513
— Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson » (2e mémoire) 737
MOTTAT (J.). — Les sarcoïdes de la lèpre. 1180
NEUMARK. — Sur la maladie de Fox-Fordyce. 929
PAUTRIER (L. M.) et WORINGER (FR.). — L'anatomie pathologique des chéloïdes 1145
PIÉRARD (J.). — Sur une forme particulière de lupus annulaire, à structure histologique péri-pilaire 877
RADNAI. — Voy. RAJKA.
RAJKA et RADNAI. — Traitement de la syphilis tardive par les rayons ultra-violets et les autohémoinjections des malades irradiés. . 956
REISS. — Sur la valeur diagnostique de la tuberculo-réaction locale répétée. 355
RÉUNION DERMATOLOGIQUE DE STRASBOURG CONSACRÉE AUX CHÉLOÏDES, par A. ULLMO 979
SABOURAUD (R.). — Les parakératoses microbiennes du bout des doigts 206
— De l'alopécie liminaire frontale 446
SAINTON (PAUL) et SIMONNET (HENRI). — La transmission héréditaire de la dépigmentation des plumes acquise par l'hyperthyroïdinisation chez les gallinacés. Analogie avec les troubles observés dans l'hyperthyroïdie chez l'homme. 211
SARTORY (A. et R.). — Voy. HUFSCHMITT.
SÉZARY et BARBÉ. — La paralysie générale dans la population rurale. Fréquence et remarques étiologiques 340
SIMONNET (H.). — Voy. SAINTON.
SOLENTE (G.). — Compte rendu du VIIIe Congrès international de Dermatologie et de Syphiligraphie (Copenhague, 5-9 août 1930) 1
— Voy. LORTAT-JACOB.
TOMA (A.). — Le traitement du psoriasis par les squames. . . . 1110
TRUFFI (MARIO). — JÉRÔME FRACASTOR. 321

Pages

TRUFFI (G.). — Applications indirectes de rayons X dans le traitement de la pelade décalvante 684
ULLMO (ALICE). — La séance spéciale de la réunion dermatologique de Strasbourg consacrée aux chéloïdes (mai 1931). . . . 979
VALDIGUIE (A. et P.). — Sur le pouvoir réducteur des divers arsénoïques commerciaux 975
VAN VONNO (N. C.). — L'association des affections tuberculeuses de la peau avec celles des autres organes 543
WERZILOV, CHOUGAME et FREYDINE. — L'influence des facteurs balnéothérapeutiques les plus importants sur le passage par les barrières hémato-encéphaliques, des agents antisyphilitiques . 775
WORINGER (FR.). — Contribution à l'histopathologie du tissu adipeux (Infiltration et résorption du tissu adipeux) 1089
— Voy. PAUTRIER.
YERNAUX. — Le rythme de la résorption et de l'élimination du bismuth 761

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Copenhague, 5-9 août 1930), par G. SOLENTE. . . 1 à 127
Thèmes présentés :
I. — Étiologie et pathogénie de l'eczéma.
II. — Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis.
III. — La tuberculose cutanée et son traitement.

NÉCROLOGIES

EUGÈNE BODIN, par R. SABOURAUD. 829
LÉON LORTAT-JACOB, par P. FERNET et P. LEGRAIN. 833
IVANOFF 1240

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

Les chiffres en caractères **gras** *indiquent les mémoires originaux, les recueils de faits ou les revues générales.*

A

Abelin, 246.
Adamson, 73.
Abramowitz, 908.
Abramson, 898.
Agostini, 824.
Agronik, 500.
Aguilera, 298, 404.
Aimes, 468.
Alajouanine, 571.
Alanakian, 1034.
Alavdine, 308.
Alechinski, 153.
Alexandroff, 1036.
Alfonso, 1012.
Alfredo, 134.
Alkiewicz, 1030.
Alleix, 927.
Allen, 599, 1045.
Allen Pusey, 11.
Almkvist, 61.
Alvarado, 588.
Ambrogio, 818.
Amicis (de), 1307.
Anciaux (L.), 701.
Anderson, 250, 1012, 1295.
Anglada, 137.
Antoni, 1308.
Aranguena, 906.
Aranguren, 159.
Araviysky, 1038.
Archambaud, 988, 1205.
Arkhanghelsky, 921.
Arnaud, 903.
Artom, 268, 291, 616, 910, 916.
Arzt, 42, 1003.
Asch, 886.
Assada, 381.
Aubert, 509.
Aubrun, 589.
Audry, 403.
Ayres, 23, 1295.

B

Baars, 582.
Babalian, 794.
Babonneix, 131, 566, 793.
Bacelar, 1278.
Backhevitch, 230, 498, 504.

Badinand, 376, 704.
Baer (L.), 715.
Bagnoli, 604, 610, 729, 913, 1131, 1311.
Balado, 587.
Balina, 588, 589.
Balog, 1006.
Barada, 37.
Baranowsky, 311.
Barbaglia, 493, 611.
Barbé (A.), **340**, 1279.
Barbeillon, 132.
Barber, 36, 398, 805, 1295.
Barkoff, 920.
Barney, 812.
Barral (Philippe), **665**, 699, 787.
Barret, 253.
Barrieu, 1202.
Barrio de Médina, 298, 594, 908.
Barthélémy, 229, 372, 1200.
Basch, 134.
Basombrio, 588, 589.
Bass, 378.
Battisttini, 1284.
Bauer, 1299.
Beerman, 908.
Behaegel, 103, 154.
Behdjet (Houloussi), 1196, 1275.
Behrmann, 1005.
Beirach, 149, 580.
Bejarano, 111, 406, 906, 1014, 1125, 1127.
Belgodere, 229, 794, 1115, **1241**.
Belote, 1047.
Benedek, 30, 117, 1317.
Benevlærts, 1201.
Benitez, 594.
Benoist, 788.
Benson Connon, 69.
Béraud, 142.
Berde (K. v.), 712, 900.
Beretvas (L.), 732.
Bergel, 56, 391.
Bergès, 1121.
Berline, 1143.
Bernard (R.), 695, 720, 807.
Bernay, 237.
Berner, 505.
Bernstein, 148, 393, 1011.
Bernucci, 256, 278.
Beron (B.), 717.
Berson, 585, 1209.
Bertaccini, 1314.
Bertin, 1205.
Bertoloty, 126, 407, 594, 1017, 1128, 1219, 1302.
Bessemans, 235, 992.
Besta, 293.
Bettmann, 95, 104.
Bezecny, 244, 395, 712, 801.
Biancani (E. et H.), 567.
Biberstein, 116.
Bibinowa, 415.
Bidault, **842**.
Billard, 508.
Bindford, 121.
Biraben Losson, 235.
Bizard (L.), 698.
Bizzozzero, 815.
Blamoutier, 470, 789.
Blanchier, 377.
Blanco, 588.
Bloch (L.), 471.
Blondel, 1202.
Bloom, 813.
Bloumentweig, 141.
Blum (Paul), 31, 176, 236, 988, 1196, 1200, 1276.
Blumenthal, 96, 98, 395, 396.
Boas, 116, 1293.
Bodin, 828.
Böhmer, 396.
Bohnstedt, 394.
Bölner, 96.
Boquet, 231, 992.
Bordet, 992.
Bordier, 891.
Bortolozzi, 820.
Bory, 793.
Botto-Micca, 289.

Boss, 395.
Boubermann, 497.
Boucaumont, 237, 703.
Boulwaktère, 1038.
Bourrat, 1207.
Boutelier, 888, 924, 1116.
Bracchetti (Guido), 726.
Braïtzeff, 1238.
Bralez, 236, 988, 1200.
Branden (F. van den), 403.
Brandt, 56, 65, 240, 389.
Brauer, 896.
Braun, 584.
Bravo, 1015.
Bremener, 95.
Breton (A.), 1205.
Brodersen, 1289.
Broers, 243.
Brown, 38, 410, 493.
Bruck, 388, 1005.
Bruhns, 482.
Brun (Mlle C.), 991, **1049**.
Brünauer, 27, 92.
Bruner, 1288.
Bruno, 785.
Bruno Bloch, 7, 486, 576, 804.
Brunsting, 253, 814.
Bruusgaard, 79.
Bucky, 123.
Bucura, 401.
Burbi, 1311.
Bürkmann, 584.
Burnier, 887, 987, 1276.
Buschke, 397, 997, 1210.
Busman, 493.
Butler (C. S.), **1188**.

C

Cabello (Rivas), 1017.
Cade, 570, 787, 1285.
Cailliau, **417**.
Cajkovac, 146.
Calgagno, 400.
Callewaers, 695.
Caminiti, 623.
Campbell, 254, 903.
Campos (R.), 722.
Camus (P.), 563.
Canaan, 481.
Cappelli, 1137.
Caracena, 300.
Carcy, 139.
Cardenal, 1220.
Carle, 28, 570, 1114.
Carles (Tragant), 598.
Carnot (P.), 1117.
Carnell, 493.
Caroli, 697, 891.
Caro-Paton, 490, 1219, 1301.
Carranza, 806.
Carreras (A.), 726.
Carri, 586.
Carrillo, 1298.
Carteaud, 372, 697, 785, 1276, 1280.
Casaubon, 235.
Casazza, 730, 1313.
Castellani, 151.
Castelli, 69.
Castellini, 287, 603.
Castello, 300, 808, 1300.
Castrioto, 155.
Catanei, 376, 566, 700.
Cattaneo, 622.
Cavallucci, 105, 276, 296, 613.
Cederberg, 1288.
Cerutti, 819.
Cespedes, 300.
Chamchine, 504.
Chantriot, 133, 468.
Chapiro, 230.
Chapuis, 996.
Charpy, 797, 1123.
Chatagnon, 130.
Chatellier, 117, **534**.
Chauchard (H.), 695.
Chediak, 1300.
Chester, 118.
Chevallier, 471, 1281.

Cheyne-Foghel, 414.
Chiale, 274, 821, 1226.
Chichkina Iawein, 1236
Chirghinoff, 1042.
Chocholka, 1282.
Chorine, 991.
Chorosch, 149.
Chougame, **775**.
Christie, 250, 1012.
Ch'uan K'vei Hu, 118.
Chtcherbakoff, 1040.
Chwalla, 710, 719.
Chylewski, 1030.
Ciambelotti, 32, 72, 161, 278, 615.
Ciarrocchi, 619.
Claramunt (Cabre), 725.
Clary (A.), 1206.
Claude (H.), 1120.
Claudel, 694.
Clawson, 1045.
Clementino, 1298.
Cohen, 128, 563, 1281.
Cohn, 901.
Coignerai, 469.
Cole, 48, 68.
Colomer, 489.
Colonieu, 141, 142.
Comel, 261, 264, 282, 626, 628, 822.
Condeminas, 1304.
Contera (Forns), 594.
Contiadès, 1278.
Cordier, 570.
Cordivido, 153.
Coret, 809.
Cornblett, 491.
Corsi, 152.
Cortella, 276, 630, 1228.
Cortes, 725.
Costa (H. de Moura), 487.
Coste, 103, 788.
Cottenot, 470.
Courmont, 131.
Courtois, 1119.
Coutis, 785.
Covisa, 80, 111, 297, 405, 406, 592, 721, 907.
Creyx, 991.
Criado, 405.
Croizat, 34, 570.
Crosti, 816.
Cuilleret, 700, 704, 889.

D

Dalles, 785.
Danel, 1199.
Daneri, 1297.
Darier, 2, 17, 475, 568.
Daumas, 892.
Davies, 250.
Debidour, 699.
Decamps, 232.
Dechaume, 34, 996.
Decot, 1118.
Decourt, 889.
Deemeur, 698.
Degtiar, 1319.
Delafontaine, 1117.
Delamare, 826.
Delarue, 1278.
Delbanco, 244, 395.
Delbet, 787.
Del Vivo, 1019.
Demanche, 637, 1204.
Dennie, 411, 1305.
Desaux, 23, 1200.
Devraigne, 509.
Diasio, 1224, 1306.
Diettel, 1207, 1210, 1291.
Di Lullo, 926.
Dittrich, 94, 894.
Doctor, 397.
Doczy (G.), 717.
Doerffel (J.), 708.
Dolgoff, 1031, 1233.
Dorfell, 896.
Dostrowsky (A.), 711, 1009.
Dowling, 486, 696.
Downing, 160.

Dracoulidès, **361**.
Draganesco, 379.
Driver, 599.
Dubost, 508.
Dubois, 923.
Dubreuilh (W.), **199**.
Dufour (H.), 470, 1118.
Duhem, 508.
Dumas, 237.
Dumolard, 142.
Dunipe, 122.
Dupuy-Dutemps, 1276.

E

Ecker, 813.
Egon, 108.
Eichenlaub, 253.
Eljasz, 315.
Eller, 491.
Elsner, 243.
Engel, 89.
Engelhardt, 481.
Engman, 1306.
Enterria, 906, 1014, 1125, 1127, 1301.
Epstein, 238, 383, 1001.
Erich, 126.
Escudero, 478.
Etienne, 705.
Euzière (J.), 706.
Evans, 251.
Evers, 1120.

F

Fabre (Maurice), 381.
Façon, 379.
Farkas, 1002.
Fasal, 112.
Faure-Beaulieu, **1049**.
Favento (de), 72.
Favre, 995, 996.
Feit, 33, 121.
Felke, 799.
Fellner, 481, 581.
Ferari, 815.
Fernandez, 586.
Fernet (P.), **841**.
Ferramola, 400.
Ferrari, 1027.
Ferru, 468.
Fessler, 1292.
Fidanza, 1298.
Fiessinger, 785.
Filderman, 889.
Finck, 565.
Finkelstein, 715.
Finnerud, 409.
Finsen, 117.
Fischl, 94.
Flarer, 1048.
Flurin, 235.
Fœrster, 1212.
Da Fonseca Filho, 156, 157.
Fontes (V.), 1206.
Foresti, 572.
Fornara, 903.
Foucaud, 563.
Fould, 788.
Fournier (A.), 381.
Fox, 107, 812.
Fraga, 154.
Franchi, 624, 1138.
Franck, 562.
François, 82, 1123.
Franz, 96.
Fraulini, 257.
Fravega, 1215.
Frazer, 1212.
Frazier, 118.
Freudenthal, 116, 386.
Freund, 90, 109, 294, 570, 711, 1210, 1291, 1292.
Freydine, **775**.
Friedheim, 1010.
Frischmann, 585.
Frost, 254.
Froyez, 130.
Frühwald, 126, 719, 898.
Fuhs, 1003.
Fujino, 495.

Fülleborn, 1291.
Fusse, 465.

G

Gallavardin, 135.
Galliot, 376, 1279.
Gammel, 68, 813.
Gaona, 826.
Garcia-Serrano, 489, 510, 596, 724, 1128, 1217, 1304.
Gardère, 376, 704.
Garnier, 1277.
Garofalo, 1132.
Gaté, 34, 103, 234, 376, 665, 700, 704, 790, 795, 889, 996, 1123, 1197.
Gaudy, 378.
Gaus, 94.
Gay-Prieto, 111, 592, 721, 723, 907, 1015, 1302.
Geiger, 65, 149, 239, 707.
Gemmer, 481.
Genner, 126.
Gerbenne, 927.
Gibson, 1294.
Gilkey, 1305.
Gilman, 1306.
Giraudeau, **177**, 639.
Gitmul, 579.
Glassberg, 590.
Glaubersohn, 394.
Globus, 117.
Goeckerman, 253.
Goldenburg, 394, 1319.
Goldschmid, 383, 1317.
Goldsmith, 804.
Gottron, 110.
Gougerot, 229, 373, 466, 563, 639, 695, 785, 987, 1115, 1280, 1281.
Goyanes, 1018.
Graf (H.), 710.
Graham, 409.
Grandclaude, 786.
Grandi, 632.
Gravagna, 606, 631.
Gravier, 135.
Gray, 23.
Greenbaum, 600.
Greenhill, 1223.
Gregorio (E. de), 489, 510, 596, 724, 904, 1128, 1217, 1304.
Grieg, 634.
Griffith, 571.
Grikorakis, 994.
Grimm, 245, 246.
Grin, 58.
Gros, 141.
Gross, 598.
Grschebin, 66.
Grundman, 393, 578.
Grüneberg, 1211.
Grunomandel, 238.
Grzybowski, 1030.
Grzybowski Marjan, 62.
Guérin (Paul), 568.
Guichard, 996.
Guillain, 888.
Guillaume (A. C.), 1278.
Gundersen, 105.

H

Haber, 996.
Habermann, 65.
Hachenburg (D.), 715.
Hadden, 1305.
Hajas, 143.
Halbron, 790.
Hamel, 894.
Hanzlik, 161.
Harkins, 105.
Harvier, 889, 891.
Hashiguchi, 1028.
Hauck, 893.
Hauptmann, 899.
Haxthausen, 110.
Hecht, 70, 71.
Hecht-Eleda (M.), 719.
Hellenschmied, 152.
Heller, 585.

Hellerström, 315, 791.
Henning, 583.
Herenschmidt, 788.
Hermann, 121.
Hermans, 120.
Hernandez, 892.
Hernandez d'Empaire, 315.
Hertz, 153.
Hesse, 236.
Hiram, 117.
Hissard, 887.
Hœdemakers, 1201.
Höfer, 96.
Hoffmann, 33, 43, 147, 170, 244, 479, 579, 713, 1005.
Hogerzeil, 120.
Hombria, 298, 406, 592, 904, 1218, 1303.
Hombria y Soto, 298.
Hopf, 126, 713.
Hopkins, 26, 411.
Horowitz, 374, 467, 990.
Hosoya, 144.
Hosp, 485.
Hubert, 32.
Hudelo, 51, **417**, 567, 924, 1283.
Huerre (R.), **367**.
Huet, 128, 138.
Hufnagel, 60.
Hufschmitt, **850**.

I

Iablenik, 1275.
Igevsky, 612.
Iliesco, 102.
Ilitch, 60.
Imschenetzky, 575.
Ingram, 398.
Ireland, 1044.
Isaak, 1208.
Ischernjawski (J.), 711.
Isrælski, 143.
Israëlson, 1141.
Itkin, 634.
Iui-Wu-Mu, 391.
Ivanoff, 1240.
Izard, **534**.

J

Jacobsohn, 146.
Jadassohn, 4, 116, 391.
Jaeggi, 1143.
Jaffé, 150, 395.
Jaffé Kaete, 109.
Jaja, 273, 288.
Jakemer, 394.
Jakobson, 920.
Janet (J.), 993.
Jaricheff, 465.
Jarychéwa (K. G.), 735.
Jasienski, 701, 987.
Jausion, 23, 32, 36, 102, 789, 1201.
Jeannin, 1197.
Jeanselme, **177**, 637.
Jenny, 505.
Jersild, 107.
Jesionek, 83.
Joffé, 1143.
Johannides (N.), 714.
Jona, 633.
Jordan, 482, 498, 504, 1035, 1285, 1293.
Joseph, 65.
Jossel, 1294.
Jung, 637, 791.
Juster (E.), **1074**.

K

Kadisch, 480, 481, 578, 1002.
Kadish, 242.
Kafka, 169.
Kaploune, 917.
Karrenberg, 148.
Kartamycheff, 412, 1319.
Karychewa, 1238.
Kasabakas, 384.
Kasal (D. Seiter), 389.
Katayama, 826.
Kato, 1028.

Kauczynski, 899.
Kauffmann, 230.
Kawatsure, 574.
Kazarowa, 583.
Kedroff, 312.
Kéléménis, **361**.
Keller, 123.
Kemeri, 249, 393.
Kerl, 401.
Kertesz, 909.
Kesten (J. et B.), 26.
Kestner, 1007.
Khaïoutine, 1319.
Khaspekoff, 500.
Kiess, 583.
Kindler (Th.), 900.
Kisch, 401.
Kissmeyer, 125, 1006.
Kitchewatz, 30, 115.
Klauder, 409, 410, 1045.
Kleeberg, 901.
Klein, 900, 1004.
Kleinman, 1142.
Klövekorn, 895.
Klauder, 105.
Kleeberg, 144.
Kling (A.), 374.
Knuthsen, 108.
Kœnigstein, 151, 483.
Kogoj, 98, 118.
Koljada, 122.
Köller, 586.
Komaroff, 313.
Konrad, 240, 387, 799.
Koschewnikow, 901.
Kousnetz, 307.
Kousnetzoff, 1234.
Kreibich, 28, 115.
Kreindler, 235, 379.
Kren, 93, 903.
Krestanov, 581.
Krichtal, 501.
Kristjansen, 27.
Krzystalowicz, 8.
Kulisch, 245.
Kumer, 590.
Kurth (W.), 714.
Kurtz, 411.
Kyriaco (N.), 1206.

L

Labbé (Marcel), 698.
Labro (L.), **1104**.
Lacapère (J.), 787.
Lafitte, 889.
Lafourcade, 374, 1199, 1277.
Laignel-Lavastine, 571.
Lambret, 786.
Lancha Fal, 1013.
Langer, 126.
Langermann, 149.
Langeron, 890.
Lanteri, 163, 611.
Lanzerberg, 890.
Lapycheff, 1032.
Larrivé (E.), 701.
Latko, 798.
Laudat, 1118.
Laur, 889.
Laurent, 379, 892.
Lazano, 1130.
Lebeuf, 133, **214**, 694, 995, 1282.
Lebon, 698.
Le Chuiton, 379.
Lederer, 910.
Ledo, 723, 1219, 1303.
Ledoux, 130.
Legrain (P.), **841**, 888.
Leigheb, 817, 1021.
Leigher, 1139.
Lemaire, 233, 476, 478, 637.
Lemierre (A.), 702.
Lenartowiez, 241, 247.
Lépinay, 382.
Lépine, 791, 1121, 1283.
Lereboullet (J.), 697, 888.
Leri, 233.
Leroy, 132.
Lesné, 924.
Lesczynski (R. de), 1317.

Letulle (R.), 1121.
Leulier, 234.
Levaditi, 791, 1120, 1121, 1201.
Leven, 146, 713.
Levent, 377.
Levi, 112, 271, 1026, 1229.
Levin, 1223, 1295.
Lévine, 416, 827, 1036.
Lévy, 637, 1206, 1279.
Lévy-Bing, 229, 372, 563, 785.
Lévy-Franckel (A.), **1074**.
Lewin, 1004.
Lewis, 160, 813.
Lhermitte, 1206.
Lian, 1202.
Libermann, 414.
Lichtwitz, 788.
Lie, 1316.
Liebers, 1293.
Liebner, 397.
Lièvre, 233.
Linard, 234.
Listengarten, 1009.
Li Yuan Po, 377.
Lœper, 233, 476, 993.
Lœwy, 1002.
Löhe, 1287.
Lojander, 635.
Lomholt, 99, 126, 639.
Longhin, 102.
Lortat-Jacob, **461**, 833, **842**.
Loubeyre, 698.
Lourian, 792.
Louste, 99.
Löwenstein, 93, 390, 903, 997.
Lundblad, 909.
Lustig, 997.
Lyall, 250.

M

Macarthur, 1294.
Maccari, 161, 272.
Mac Kee, 813.
Mac Leod, 485.
Mc Pheeters, 909.
Maggiuli, 1025.
Mahras, 820.
Maignon, 786.
Malamud, 806.
Maleney, 1306.
Malet, 134, 479, 572.
Mallinckrodt-Haupt, 118.
Mallory, 160.
Maloney, 813.
Malossi, 1308.
Manganotti, 614.
Manso, 299.
Mantarro, 820.
Marceron, 95, 568.
Marchand (L.), 1119.
Marchionini, 64, 998.
Marchoux, 991.
Margarot, 136, 705.
Margoulis, 918.
Marie, 131, 790.
Marin, 1205.
Marinesco, 235, **641**.
Markianosi, 784, 991.
Marquardt, 249, 894.
Marras, 727, 1023.
Marshall, 161.
Marsiaj, 1122.
Martin (A. Navarro), 1129, 1219.
Martineau, 134.
Martinez (Pelayo Gomez y), 406, 407.
Martinotti, 614.
Martinowa, 238.
Martins de Castro (A.), **1056**.
Maschkilleisson, 798, 901, 1012, 1316.
Masia, 1022.
Massa, 66, 251, 587, 1213.
Massia, 139, 380, 995, 996.
Massot, 571.
Masuda, 247.
Matarasso, 694.
Mathieu, 132.
Matras, 29, 242, 998.
Matsumoto, 44, 507.

Matuskow, 1209.
Mauté, 474.
Mayer, 104.
Mayr, 389, 895.
Mayrh, 147.
Mazet, 892.
Medevielle (de), 140.
Medioni, 789.
Meguens (P. Lejeune), 403.
Mehrtens, 161.
Meier, 635.
Meineri (P. A.), 629, 915, 1025, 1027, 1225.
Meinicke, 62, 248.
Meira (R.), 1214.
Meirowsky, 1001.
Mélamet, 1278.
Melczer, 1289.
Menniti, 170.
Menton, 1212.
Mercadal, 96, 597, 809.
Merenlender, 496, 576, 577.
Merkert, 909.
Merz, 1048.
Mestchersky, 46, 58, 412.
Metzger, 1196.
Meyer, 32, 232, 639, 701, 786, **850**, 1197.
Michael, 1211.
Michailow, 798.
Michaux, 1199.
Michel, 34, 103, 996, 1123.
Michelson, 599.
Mienicki, 496.
Mierzecki, 388.
Milhaud, 1285.
Milian, 19, 113, 230, 231, 317, 373, 466, 467, 568, 697, 794, 795, 796, 988, 989, 1198, 1199, 1276, 1277.
Miller, 117, 908.
Minaire, 892.
Modestov, 413.
Molinelli, 135.
Mollard, 133, **214**, 694, 1282.
Mollaret, 888.
Monacelli, 125.
Monash, 1307.
Moncorps, 36, 120, 144.
Moniz (E.), 1206.
Monnier (Romand), 995.
Montcerisier, 382.
Montejo, 808.
Montiu (J. Vilanova), 408.
Montlaur, 33, **513**, **737**.
Montpellier, 140, 141.
Moore, 48, 411.
Moragas, 809.
Morimoto, 165.
Morosoff, 1233.
Morrow, 117.
Mottat (J.), **1180**.
Motornoff, 1034.
Mougeot, 993.
Moundère, 920.
Mrongovius, 498.
Mu, 503.
Muhlmann, 1037.
Mühlpfordt, 896, 1290.
Mukai, 165, 494.
Müller, 64, 244, 247, 396, 579, 1286.
Mumford, 487.
Münsterer, 239, 1000.
Musger, 110.
Musso, 891.
Myers, 121.

N

Nægeli, 149, 167, 1208.
Nanta, 117.
Nardelli, 276.
Nardi, 1313.
Nast, 896.
Nathan, 246, 393, 578, 802.
Nattan-Larier, 564.
Navarro Martin, 298, 404, 407, 906.
Nayrac, 1205.

Nègre, 231.
Negri, 621.
Negroni, 566, 701.
Nékam, 47.
Nékatchaloff (W. J.), 734.
Netter, 563.
Neuber, 115, 620.
Neuberg, 245.
Neumark, **929**, 1197.
Neymann, 600.
Nicolas, 103, 795, 995.
Nicolau, 90, 98.
Nicoletti, 255, 605, 913.
Ninni, 231, 988.
Nitsen (R. Van), 403.
Noguer-More, 98, 157, 725, 809.
Novotelnowa, 415.
Nyer, 133.

O

Ogana, 1298.
Odinet, 571.
Ohya, 494, 1028.
Okya, 1028.
O'Leary, 48, 253.
Oliveira Esteves (d'), 587.
Oliver, 598.
Olsen, 492, 1222.
Oppenheim, 9, 483, 719.
Oretchkine, 1141.
Orlow (S.), 715.
Orlowski, 147.
Ormsby, 409.
Orphanidès, 1276.
Osborn, 600.
Ostrowski, 304.
Ota, 247, 798.
Ottenstein, 998.

P

Pacheco, 488.
Pachedo e Silva, 590.
Pachur, 573, 897.
Paisan, 905.
Pajares, 158.
Pakula, 1305.
Paldrock (A.), 717.
Palios, 787.
Pallasse, 996.
Palma (Ricardo), 703.
Paquin, 157.
Parkes Weber, 152.
Parran Jr., 48.
Parsal (D. C.), 407.
Parthéniadès, 377.
Pasini, 59.
Pasteur Vallery-Radot, 470, 507, 789, 1118.
Patel, 476.
Paufique, 797.
Pautrier (L. M.), **1145**, 1203.
Pavloff, 1235.
Pawlowsky (E. N.), 708.
Pearge, 62.
Peck, 909.
Peckei, 1201.
Pecker, 32, 789.
Péhu, 703, 1207, 1284.
Perantoni-Satta, 1312.
Pfannenstiel, 899.
Pejares (J. Vélasco), 408.
Pele, 801.
Pellegrin, 372.
Penido, 155.
Percival, 1294.
Pereira Filho, 155.
Perez Guzman, 811.
Perin, 571, 796, 797, 1198.
Perkel, 1141.
Perutz, 30, 483, 997.
Pessano, 1296.
Petges, 21, 29.
Peter.
Petracek, 118.
Petscherski, 1315.
Petschnikow, 245.

Peyri (A.), 96, 596, 597, 722, 809, 810.
Peyri (Jaime), 597, 725, 726, 810, 1124.
Peyri (J. M.), 597, 810.
Philadelphy, 899, 1010.
Photinos, 71, 373, 1006, 1287.
Piccardi, 1134.
Piérard (J.), **877**.
Pierini, 1297.
Pilcher, 1223.
Pillsbury, 119.
Pinard (M.), 1120.
Pinetti, 1230.
Pires, 379.
Pisacane, 258, 295.
Planner, 815.
Plasencia (H. Tellez), 1129.
Podkomorski, 1029.
Polayes, 910.
Policard, 703, 1284.
Pollaud, 1287.
Pontopidan, 69.
Poor, 581.
Popow (N. A.), 703.
Porcelli, 95, 112.
Porin, 1278.
Poroudominsky, 922.
Portilla (F. de la), 58, 406, 905, 1015, 1215, 1303.
Postowsky, 315.
Potapow, 798.
Potter (F. de), 235, 992.
Pouy, 140.
Pouzet, 237.
Povoa (Helion), 591.
Pozzo, 257.
Prokoptchouk, 504.
Puech (A.), 706.
Puente, 153, 720.
Puerta (J. de la), 405.
Pugh, 493.
Puhr, 482.
Pulay, 1315.
Pupo, 154, 252.
Puyou Prat, 1302.

Q

Quero, 301, 808, 1013.
Quervain (de), 149.
Quintaud, 378.

R

Rabeau, 236.
Rabello, 85.
Rabut, 51, 567, 1283.
Rachmanow, 60.
Racinowski, 304.
Radæli, 267.
Radeff (Mlle), 1211.
Radnai, **956**.
Ragu, 373, 466, 563.
Raiziss, 490.
Rajka, **956**.
Ramazzotti, 622.
Ramel, 29, 90, 92, 165.
Ramirez, 254.
Rapoport (N.), 695.
Rauschkolb, 68.
Ravaut, 24, 87, 236, 471, 476, 791, 1300.
Raynaud, 142.
Re, 135, 808.
Rebaudi, 170.
Reilly (H. W.), 1213.
Reiss (F.), 710.
Reiss (Henri), **355**.
Renaud (Maurice), 375. 471.
Reyn, 75.
Reyt, 470.
Rezende (Cassio de), 1124.
Ribas Soberano, 1202.
Riboni, 990.
Richard, 126.
Richter, 143, 711, 800.
Riede, 896.
Riehl, 314, 635.
Riehl Jun., 92.
Rille (H.), 585.
Rille (W.), 584.

Riom (Mlle), 470.
Riou, 995.
Rivalier, 467.
Rivero (M. Garriga), 1129.
Rock, 895.
Rodenacker, 1208.
Rodriguez, 298.
Roffo, 153, 399, 400, 805.
Roger, 1285.
Rohrbach, 480.
Rollet (Et.), 797.
Rollet (Jacques), 797.
Roman, 302.
Romand-Monnier, 1207.
Ronchèse, 565, 1305.
Rosenfeld, 1208, 1287.
Rosner, 805.
Rost, 119.
Rotenberg, 311.
Rothfeld, 241.
Rottmann, 396.
Roudinesco (Mme), 1116.
Rouquès, 507.
Roussakowa (B. A.), 733.
Rousseau, 133.
Rousset, 380, 699, 996.
Roussy (G.), 1206.
Roux, 138, 787.
Roxburgh, 152.
Rozzoli, 606.
Rubenstein, 812.
Rubino (C.), 1115.
Ruggles, 812.
Rutledge, 1047.
Ruy Gomes, 155.
Ryan, 491.

S

Sabouraud, 12, 17, **206**, **446**, 569, **832**, 1121.
Sager, 235.
Saidman (Jean), 639.
Sainton (P.), **211**, 786.
Sainz de Aja, 63, 299, 594, 1014, 1125, 1128, 1130, 1218, 1302.
Sakurai, 494.
Salas (de), 1220.
Salaverri, 159, 404, 906, 1304.
Saleeby, 600.
Salkan, 384.
Salles (P.), 695.
Samberger, 16.
Samek, 125.
Sannicandro, 292, 731, 1227.
Santiago (Garcia), 593.
Santojanni, 291, 604.
Santori, 1133.
Sanz, 594.
Sanz Beneded, 1016.
Sarrouy, 142.
Sartory (A. et R.), 701, 786, **850**.
Saudek, 123.
Savinoff, 827.
Sawada, 495, 1028.
Sawicki, 1029, 1030.
Scarzella, 607.
Schaaf, 572, 998.
Schamschin, 1293.
Schaumann, 92.
Schegö, 70.
Scherber, 582.
Schielf, 144.
Schischov, 1315.
Schlanger (P.), 796.
Schlanger (E. W. de), 796.
Schmidt-Bäumler, 1000.
Schober, 926.
Schoch, 1044.
Schœn (Mlle R.), 791, 1201.
Scholtz, 169, 317.
Schönfeld, 894, 1291.
Schotte, 1012.
Schreiber, 68.
Schreiner, 716, 1011.
Schreus, 125.
Schröder, 1011.
Schubert, 580, 899.
Schulmann, 56, 57, 637, 699.
Schultz, 1006.

Schumacher, 897.
Schwartz, 128, 401, 1120.
Schwab, 1209.
Schwarz, 902.
Schwarzkopf, 390, 803.
Sciarra (O.), 696.
Scolari, 269, 1020.
Scommazzoni, 1229.
Sébastiani, 1224.
Sechi, 280, 625, 1024, 1230.
Ségali, 792.
Seil, 1034.
Seidmann, 34.
Sellei, 146, 390, 718.
Seminario, 1296, 1297.
Senear, 598.
Serane, 139.
Serefis (S.), 714.
Serra, 825, 1134.
Serro, 403.
Sesto, 631.
Severac, 490.
Sézary (A.), **340**, 376, 637, 788, 990, 991, 1116, 1119, 1279.
Sèze (S. de), 790.
Sierakowski, 566.
Sierra, 904.
Silberstein, 897.
Silva, 488, 591.
Silvers, 1223, 1295.
Silvestre, 790, 1197.
Simon (Clément), 233, 469, 698, 788, 989, 1116.
Simonin (C.), 890.
Simonnet (H.), **211**, 786.
Sirota, 309.
Sivori, 170.
Skilling, 493.
Skolnik, 253.
Smester, 1279.
Sohier, 32.
Solarès (Aniceto), 1122.
Solente, 103, **461**, 888.
Solla, 405.
Solla Casalderrey, 720.
Sollmann, 68.
Somogui, 395.
Sonnenberg, 302, 1009.
Soroa, 595, 1126.
Sosa (H.), 700.
Sossiuska, 395.
Sousa-Araujo (H. C. de), 807.
Sousa Gomez, 806.
Spanier, 1292.
Spanyar, 1002.
Spaulding, 161.
Spéransky, 468.
Spiegel, 813.
Spillmann, 791, 792.
Sprafke (Hans), 709.
Sprecher, 617.
Sprengel, 1007.
Squirru, 400.
Stalder, 149.
Staroff, 1285, 1293.
Stein, 37, 61, 93, 708.
Steiner, 145, 590.
Steiner-Wourlisch, 576.
Stephens, 1305.
Stepowski, 564.
Stern, 246, 800, 802.
Stévenin, 792.
Stillians, 122.
Stokes, 48, 493, 908, 1044.
Straszynsky, 495, 1231.
Strauss (A.), 716.
Strempel, 1005, 1212.
Strokov, 1315.
Strominger, 793.
Stumpke, 145.
Sulzberger, 104, 160, 254.
Szentkiralyi, 397.
Szodoray, 1044.
Szulmeister, 304.
Szwojnicka, 1120.

T

Takatsu, 165.
Talaloff, 634.

Tant, 807.
Tarantelli, 260, 728.
Tarbouriech (L.), 706.
Targowla, 1114.
Tavarès, 1278.
Tchernogoubow, 60, 310.
Téchoueyres, 378.
Templeton, 493.
Terzakharoff, 499.
Tetau, 509.
Théodorovitch, 1033.
Thibaut, 99.
Thiers, 700, 704, 889.
Thomson, 902.
Throne, 121, 409.
Thugut, 1318.
Tilmant, 1278.
Tischnenko, 122.
Tolosa, 1122.
Toma (A.), **1110**.
Tomassi, 22.
Tome y Bona (J. M.), 907.
Tommasi, 104, 824.
Toni (G. de), 607.
Tonian, 305, 502, 1237.
Torma, 799.
Tornabuoni, 610.
Torsonièff, 416.
Toullec, 995.
Touraine, 637.
Tragant Carles, 810.
Traub, 1307.
Treppoz, 570.
Triana, 300.
Trincao, 235.
Trossarelli, 1026.
Truffi, 38, **321**, 602, **684**, 914, 1135, 1136, 1309.
Tzanck, 26, 54, 568.

U

Uhlmann, 482, 484, 487.
Ullmann, 112.
Ullmo (Alice), **979**.
Umansky, 1209.
Uppoltz, 130.
Urbach, 35, 94, 97, 240, 384, 577, 710, 999.
Urbain, 233, 563.
Urechia, 703, 994, 1207.
Urueña, 106.

V

Vaisman, 1201.
Valdiguié (A. et P.), **975**.
Valle (Luis R. T.), 586.
Valverde (B.), 562, 702, 887, 993.
Van Hoof, 903.
Van Vonno (N. C.), **543**, 1314.
Varga (A.), 716.
Vasarhelyi (Von), 1008.
Vaudremer, 991.
Veller, 599.
Verain, 791, 792.
Véran (P.), 1117.
Vercellino, 609, 1228.
Veress (F. v.), 898, 1008.
Vermeylen, 232.
Vernes, 129, 887.
Verrotti, 71.
Veyrières, 230.
Viallefont (H.), 706.
Vieira, 1199.
Vignale, 134, 479, 572.
Vigne (Paul), 381, 382.
Vigoni, 903.
Vilanova, 904.
Vilanova Montiu, 1018.
Villafuertes, 1015.
Vivoli, 892.
Vohwinkel, 802.
Voina, 928.
Volk, 84, 402.
Von Poo, 145.
Vörner, 584.
Vurchio, 632.

W

Wallhauser, 31.
Walter, 69.

Warthin, 492, 1222.
Wasowicz, 1288.
Wassen, 791.
Watanabe, 144.
Watson, 161.
Wedroff, 1140.
Weidmann, 1293.
Weil (J.), 466.
Weil (M. P.), 1278.
Weill (Jean), 233, 695.
Weinberger, 1003.
Weis (J.), 791.
Weiss (E.), 573.
Weissenbach, 34, 134.
Welti, 1196.
Werner, 572.
Wernicke, 235.
Werther, 114, 582.
Werzilov, **775**.
White (Prosser), 484.
Whitfield, 17.
Wichmann, 97.
Wile, 48.
Williams, 601.
Wilson, 1305.
Winer, 1046.
Winkler, 150.
Wirz, 93, 573.
Wise, 254.
Witlbrand, 1292.
Wlassics, 1289.
Wohlstein, 104, 799.
Woodburne, 493.
Woringer (Fr.), **1089**, **1145**.
Wucherpfennig, 393.
Wyss-Chodal, 784, 785.

Y

Yernaux, **761**.
Yoshida, 301.

Z

Zablocki, 566.
Zach, 577.
Zakhajm, 705.
Zalischtschewa, 245.
Zaroubine, 57, 108.
Zawels, 1213.
Zelischtschewa, 1286.
Zingale, 281.
Zurhelle, 68.
Zoon, 1286.

TABLE ALPHABÉTIQUE ET MÉTHODIQUE DES MATIÈRES (1)

DU TOME DEUXIÈME — SEPTIÈME SÉRIE

1931

NÉCROLOGIE

Léon LORTAT-JACOB (1873-1931) 833

DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

A

Acné. Acné vulgaire et tuberculose, par RAMEL 165
— Traitement de l'acné Technique personnelle, par MAUTÉ. 474
— Acné phlegmoneuse, par MICHELSON et ALLEN 599
— Recherches sur les bases de la rosacée, par HACHENBURG. 715
— L'aspect clinique et histologique de l'acné décalvante, par WEINBERGER 1003
— La physiothérapie de l'acné vulgaire, par ARCHAMBAULT et MARIN 1205
Acrodermatite. Contribution à la connaissance de l'acrodermatite continue de Hallopeau, par KEINING EGON. . 108
— Sur le traitement de l'acrodermatite atrophiante, par KARRENBERG 148
— Un cas d'acrodermatite continue suppurée d'Hallopeau, par SOSSIUSKA 395
— Acrodermatite continue ou perstans et psoriasis pustuleux, par BARBER 398
— Acrodermatite perstans et ses rapports avec le psoriasis, par INGRAM 398
Actino-bacillose. Actino bacillose de la face et du cou d'origine dentaire, par ZAWELS et REILLY 1213
Actinomycose. Cas d'actinomycose typiques et atypiques, par JORDAN 504
— Actinomycose expérimentale, par NÉGRONI 566
— Actinomycose. Quelques considérations sur cette maladie à Cuba et relation de quatre cas, par CASTELLO MES RÉ et MONTEJO 808
Adénite. A propos d'un cas d'adénite inguinale syphilitique sans chancre, par LÉVY-BING et CARTEAUD . . . 372
— Sur les adénites vénériennes

(1) *Les chiffres en caractère* **gras** *indiquent les mémoires originaux.*

de l'aine sans chancre, par Pellegrin. 372
Adénomes. Adénome sébacé symétrique de la joue, par Claramunt 725
Agranulocytose. Contribution à l'étude de l'agranulocytose et des syndromes agranulocytaires, par Mazet et Daumas 892
Allergie. Récents progrès dans l'investigation et le traitement des éruptions allergiques, par Barber 36
— Influence de l'alimentation sur la sensibilisation, par Mayer et Sulzberger . . . 104
— A propos de la sursensibilité envers les teintures capillaires, par Jaffé-Kaete . . . 109
— Etudes expérimentales sur l'allergie après infection mycosique, par Kogoj. . . . 118
— Sur les maladies allergiques de la peau avec considérations particulières sur leur traitement spécifique, par Richter 143
— Démonstration du siège cellulaire de l'allergie dans l'exanthème fixe de l'antipyrine, par Nægeli, de Quervain et Stalder. 149
— Sur l'allergie de la peau à l'iode dans les dermatoses bulleuses, par Jaffé . . . 150
— Hypersensibilité aux arsénobenzènes, érythrodermies vésiculo-œdémateuses, intradermo-réactions, par Puente et Cordivido. 153
— L'hypersensibilité à la trichophytine démontrée par la réaction de contact, par Sulzberger 160
— Sensibilisation à la trichophytine, par Ramirez. . . 254
— Analyse chimique de l'hypersensibilité cutanée après sensibilisation expérimentale au salvarsan, par Nathan et Grundman 393
— Sur la question de la sensibilité au mercure, par Blumenthal et Jaffé 395
— L'allergie cutanée en vénéréologie. Sa vérification, son interprétation et sa valeur diagnostique, par de Gregorio et Serrano 489
— Essai de transmission passive de l'hypersensibilité à l'arsphénamine, par Templeton et Skilling. 493
— L'allergine dans le traitement des tumeurs cutanées, par Marceron et Guérin . . . 568
— La sensibilisation du cobaye vis-à-vis de la primevère, par Bruno Bloch et Steiner-Wourlisch 576
— L'allergie cutanée en vénéréologie. Sa vérification, son interprétation et sa valeur diagnostique (2e mémoire), par de Grégorio et Serrano. 596
— Deux cas curieux de sensibilisation : anaphylaxie digestive aux oranges, sensibilisation cutanée à l'eau des torrents, par Puech . . . 706
— L'allergie cutanée en dermatologie. Sa vérification, son interprétation, sa valeur diagnostique (3e mémoire), par de Grégorio et Serrano. 724
— L'anaphylaxie à l'insuline et la pathogénie de certains accidents d'intolérance à l'insuline, par Cade, Barral et Roux 787
— Sur l'idiosyncrasie à l'iodoforme, par Bizzozzero et Ferari 815
— La sensibilisation et la désensibilisation en dermatologie, par Barrio de Medina. . . 908
— De l'allergie non spécifique, par Bordet 992
— Sur le mécanisme des réactions allergiques du derme à la tuberculine, par Boquet . 992
— La désensibilisation par les eaux minérales, par Lœper et Mougeot 993
— Lettres à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, XXV. Primavera, par Cl. Simon . . 1116
— Sur la réaction allergique du pus d'adénite vénérienne, par Franchi 1138

— Matériaux pour l'étude de la sensibilisation de la peau (sensibilisation au di-nitro-chloro-benzène dans des conditions professionnelles), par WEDROFF 1140
— L'allergie cutanée, par DESAUX. 1200
Alopécie. La signification de l'alopécie frontale des adolescents pour l'hérédité, par VAN POO. 145
— Un cas de syringomyélie avec alopécie segmentaire unilatérale, par WINKLER . . . 150
— Alopécie durable dans les mycoses du cuir chevelu par la radiothérapie, par BUSCHKE et DOCTOR 397
— De l'alopécie liminaire frontale, par SABOURAUD . . . **446**
Amibiase. Amibiase cutanée, par ENGMAN et MALENEY . . 1306
Amyloïdose. Amyloïdose locale de la peau, par WINFR . . 1046
— Amyloïde dans la peau, par FREUDENTHAL. 386
Anatomie. Sur la valeur d'une nouvelle méthode histologique pour l'anatomie microscopique de la peau, par BRODERSEN 1289
Angiokératome. Contribution à la casuistique de l'angiokératome næviforme, par LIBERMANN 414
— Angiokératome de Mibelli, par PEYRI. 597
— Considérations sur un cas d'angiokératomes, par BAGNOLI 610
— Angiokératome du pavillon de l'oreille, par MILIAN et PERIN 1198
Angiomes. Conception et formes cliniques de l'angiomatose, par ULLMANN 487
— Le traitement de l'angiome profond hypodermique, par DOWLING 696
— Traitement des angiomes par la méthode sclérosante, par ETIENNE 705
— Angiome caverneux monstrueux. Guérison par les radiations ultrapénétrantes de radium, par NOGUER MORE . 725
— Angiomes cutanés et hépatites scléreuses, par FAVRE et MONNIER. 995
— Angiomes multiples de la face spontanément ulcérés, par MILIAN 1198
Angiomyofibrome. Angiomyofibrome caverneux sous-cutané, par SAWADA. 495
Argyrie. L'argyrie, la valeur pratique de son traitement endermique, par W. STILLIANS 122
Aspergillose. Sur l'aspergillose cutanée (contribution anatomo-clinique et expérimentale), par CAVALLUCCI . . . 277
Atrophies cutanées. Atrophies cutanées diffuses et de types multiples évoluant chez une malade insuffisante glandulaire et syphilitique, par HUFNAGEL 60
— Atrophodermie vermiculée des joues chez deux frères, par BRUCK 388
— Sur l'atrophodermie vermiculée, par LEVEN 713
— Sur un cas d'atrophie jaune aiguë du foie après épididymite blennorrhagique, par CHWALLA 719
— Les atrophies maculeuses, par GRZYBOWSKI 1030
Aurides. Les aurides muqueuses et cutanées, par LEBEUF et MOLLARD 133
— Morphologie des aurides. Essai de classification, par LEBEUF et MOLLARD **214**

B

Bactériologie. Sur la résistance *in vitro* du gonocoque et des germes communs de l'urètre à l'état normal vis-à-vis des préparations acriuidiques (trypaflavine), par SECHI. . 280
— Le développement des germes pathogènes sur les tissus morts, par TRUFFI 1135
— Sur la résistance *in vitro* du gonocoque isolé de l'individu traité par des injections d'urotropine, par SECHI . . 1230
Biologie. Formation d'os dans la peau, par MUSGER . . . 110

— Le problème de la cellule de Langerhans, par Kreibich . 115
— L'amyloïde dans la peau, par Freudenthal 116
— Lésions cutanées associées à une déficience en vitamine A chez l'homme, par Frazier, Chester et Ch'uan-K'vei Hu . 118
— La lymphe et les affections cutanées, par Petracek . . . 118
— Fondements des études sur le métabolisme dans les maladies cutanées, par Rost . . 119
— Au sujet des relations entre le métabolisme des hydrates de carbone et la teneur en soufre et de leur signification en dermatologie, par Moncorps 120
— Irradiations et système réticulo-histiocytaire cutané, par Monacelli 125
— L'histamine et ses rapports avec les hormones tissulaires dans la peau, par Hosoya, Schielf et Watanabe . . . 144
— Sur l'action interne de protection et de guérison de la peau (ésophylaxie), par Hoffmann 147
— Altérations de la nutrition cellulaire et dermopathies, par Maccari et Ciambellotti. 161
— Les fonctions protectrices de la peau. Réactions aux excitants du milieu ambiant. Perméabilité cutanée, par Comel 261
— L'absorption cutanée, par Comel. 264
— Les phénomènes électriques de la peau (Leçon faite au cours de spécialité de dermatologie), par Comel. . . 282
— Contribution à l'étude de la teneur en eau de la peau dans les maladies cutanées, par Salkan 384
— Sur la formation de petites papules mélaniques par l'adrénaline chez l'homme et le lapin, par Löwenstein. . 390
— Sur l'immunité biologique de la peau dans le rouget (Erysypeloïde), par Jadassohn et Iui-Wu-Mu 391
— La résistance à la chaleur de quelques levures, par Kadisch 480
— Sur la biologie des papillomes de la peau et des muqueuses, par Ullmann. . . 484
— Mesures thermo-électriques comparées de la température cutanée normale et de ses variations dans quelques cas pathologiques, par Mienicki. 496
— L'élimination de sebum sur la surface cutanée humaine, par Pachur 573
— Le besoin de l'oxygène des germes pathogènes de la peau et sa valeur pour le dermatropisme, par Kadisch. . 578
— Observations sur la membrane dite basale et sur le tissu réticulaire du derme dans la peau normale et dans quelques dermatoses, par Manganotti. 614
— Les processus déshydrogénisants dans la peau des lapins traités par l'oxydol, par Négri 621
— La peau dans ses rapports avec la constitution de l'individu, par Comel 626
— Recherches expérimentales sur l'influence de la morsure de la *periplaneta orientalis* sur la peau humaine, par Pawlowsky et Stein . . 708
— Etudes cliniques, expérimentales et chimiques sur l'influence de la nutrition sur les processus inflammatoires dans la peau saine et malade, par Dœrffel. 708
— Phénomènes apportés par l'irradiation sur le tissu cutané et la glande génitale mâle du lapin en fonction de l'état biologique de l'animal, par A. et R. Sartory et Meyer. 786
— Sur le développement des taches de la nuque, par Bezecny 801
— Sur la présence des glandes apocrines, par Vohwinkel . 802
— Sur la teneur minérale de la peau dans les conditions normales et pathologiques. IVe mémoire : sur les variations

en K, Ca, Cl et eau de la peau du lapin et du cobaye soumis à un régime moyen, à la faim et à la soif, par NATHAN et STERN 802
— Les processus de déshydrogénation de la peau en rapport avec la pigmentation et la régénération du poil, par CERUTTI 819
— Les bienfaits du froid. Les applications médicales et biologiques des basses températures, par LORTAT-JACOB et SIMONIN 890
— La réaction de la sueur humaine, par MAYR 895
— Sur l'épreuve dite de la fragilité capillaire, par MEINERI 915
— Equilibre acido-basique dans les maladies cutanées et vénériennes, par SPANYAR et FARKAS 1002
— Variations de la réserve alcaline à la suite d'irradiations ultra-violettes sur la peau normale, eczémateuse et psoriasique, par TROSSARELLI . 1026

Blastomycose. Les champignons des blastomycoses de l'Amérique du Nord : leur pluralité d'espèces, par CASTELLANI. 151
— Les chromoblastomycoses, par DA FONSECA FILHO 156
— Sur un cas de blastomycose d'une durée de 17 ans guéri par la levure de bière, par MRONGOVIUS et BACHKÉVITCH . 498
— Torulose généralisée (Blastomycose européenne). Etude clinique et botanique, par URBACH et ZACH 577
— Blastomycose ulcéreuse de la peau, par KIESS. 583
— Blastomycose cutanée à foyers multiples, par HUFSCHMITT, A. et R. SARTORY et MEYER . 850
— Quelques considérations sur les blastomycoses, par ALFONSO 1012

Blennorragie. L'image radiographique dans les affections gonorrhéiques et post-gonorrhéiques, par LANGER, ERICH. 126
— La question de la provocation dans la blennorragie, par MAYRH. 147
— Sur les complications rares de la blennorragie, par GEIGER. 149
— L'ionophorèse dans les complications de la blennorragie masculine, par BEIRACH, LANGERMANN et CHOROSCH . . . 149
— La valeur de la réaction de Bordet-Gengou dans la clinique de la blennorragie, par PETSCHNIKOW et ZALISCHTSCHEWA 245
— De l'étude de la réaction de déviation du complément dans la blennorragie, par NEUBERG 245
— La valeur de la réaction de Bordet-Gengou pour le diagnostic de la blennorragie, par GOLDSCHMID 383
— La réaction de Bordet-Gengou dans son application à la blennorragie de l'âge infantile, par NOVOTELNOWA et BIBINOWA 415
— Etude microscopique du liquide prostatique obtenu par le massage dans les blennorragies chroniques avec prostatite, par OHYA . 494
— Epreuve de l'ionophorèse avec action immédiate sur la prostate et les vésicules dans la blennorragie, par BEIRACH . 580
— Le trouble de la deuxième partie de l'urine au cours de la blennorragie, par FRÜHWALD 719
— Rhumatismes blennorragiques, par LACAPÈRE . . . 787
— Etude de deux réactions d'immunité dans la blennorragie, par SCHÖNFELD et MARQUARDT. 894
— Sur la fréquence de la blennorragie rectale, par KLÖVEKORN 895
— Le diagnostic de la blennorragie assuré en pratique par la réaction de déviation et la culture, par SILBERSTEIN . 897
— Utilisation des cultures dans la blennorragie de la femme, par HAUPTMANN et PHILADELPHY. 899

— Rôle du traumatisme dans la production des complications tardives de la blennorragie, par Margoulis . . . 918
— L'influence des diverses conditions sur la marche de la blennorragie, par Poroudominsky 922
— Sur la technique de la réaction de fixation de complément de Bordet-Gengou dans la blennorragie, par Lewin . 1004
— Sur les inflammations blennorragiques isolées de quelques portions des voies séminales, par Motornoff . . 1034
— Valeur comparative des antigènes pour la réaction de Bordet Gengou dans la blennorragie, par Zelischtschewa. 1286

Blennorragie (traitement). Mode d'action de l'argent dans la gonorrhée, par Hopf. 126
— Sur le traitement de la blennorragie chez l'homme par les lavages de Janet, par V. Genner 126
— Essais thérapeutiques dans la blennorragie aiguë, par Barbeillon 132
— Traitement combiné de la blennorragie par la trypaflavine et les sels d'argent, par Engelhardt et Gemmer . . 481
— Interruption des lavages antiseptiques au cours de la blennorragie dans un but thérapeutique, par Matarasso 694
— Le traitement de la blennorragie féminine par le pyrifer, par Hamel 894
— Sur le traitement de la blennorragie par la malariathérapie, par Nast et Riede. . 896
— Les succédanés de permanganate de potasse dans le traitement local de la blennorragie, par Janet . . . 993
— Notions fondamentales pour le traitement de la blennorragie cervicale, par Schröder. 1011
— La pilocarpine comme moyen provocateur dans la blennorragie, par Chylewski . . . 1030
— Le traitement de la blennorragie féminine par les injections intraveineuses de trypaflavine, par Karychewa . 1238
— Revue de l'état actuel de la question du traitement de la blennorragie chez l'homme, par Iablenik 1275

Botryomycose. Sur la soi-disant botryomycos de l'homme, par Martinowa . . . 238
— L'étiologie et la pathogénèse du botryomycome, par Geiger. 239
— Sur le traitement de la fausse botryomycose humaine au moyen des arsénobenzols (par la voie interne et en applications focales), par Casazza 730
— De la pseudobotryomycose, par Mahras 820

Bowen (maladie de). Maladie de Bowen de la muqueuse vulvaire avec généralisation ganglionnaire, par Massia et Rousset 380
— Nouveaux cas de maladie de Bowen des muqueuses, par Noguer More 809

Bromides. Bromides végétantes ; guérison rapide à la suite d'injections intraveineuses de chlorure de sodium, par Diasio 1224

Brûlures. Contribution à l'étude de l'ulcère peptique dans les brûlures, par Riehl . . . 314

Bubon. Bubon ganglionnaire épidémique et poroadénite de Nicolas et Favre, par Coutis 785

C

Cancer. Les cancers cutanés et leur traitement, par Porcelli. 112
— Le cancer arsenical sous le rapport clinique et expérimental d'après des recherches personnelles, par Ullmann 112
— Cancer post-traumatique, par Roffo. 153
— Sur l'épithélioma de la peau, en tenant compte spéciale-

ment des malades des cliniques de l'Université de Berne, par Naegeli . . . 167
— La photoactivité de la cholestérine en rapport avec le cancer, par Roffo . . . 399
— Développement d'un carcinome chez le lapin par l'action du tabac, par Roffo . 399
— Association d'épithéliomas multiples du tronc à un parapsoriasis en plaques, par Kurth 714
— La fonction photoactive de la cholestérine dans le cancer de la peau, par Roffo . . 805
— Au sujet du cancer de la peau, par Crosti 816
— Curiethérapie des épithéliomas cutanés du nez. Résultats obtenus depuis 1924 au Centre anticancéreux de Montpellier 994
— Peut-on tenter une prophylaxie contre le cancer cutané, par F. de la Portilla et Bravo 1015
— A propos du traitement des épithéliomas cutanés, par Cassio de Rezende. . . . 1124
— Epithéliomas cutanés sur cicatrices de brulûres, par Tavares et Bacelar . . . 1278
— « Papillomes » et carcinome dans la même tumeur. Clinique, histologie et traitement de la précancérose condylomatoïde de la zone génitale de Delbanco-Unna, par Mühlpfordt. 1290
— Epithéliomas multiples à type histologique varié, par Fessler. 1292

Cellulite. Cellulite dissécante du cuir chevelu, par Barney. 812

Chancre mou. Chancres mous multiples disséminés avec culture du streptobacille de Ducrey à partir du sang, par Werther. 114
— Le chancre mou, par Milian. 317
— Traitement du chancre simple par le myosalvarsan, par Szentkéralyi. 397
— Contribution à l'épidémiologie et au traitement du chancre mou et à la prophylaxie du bubon, par Agronik. 500
— Un cas de chancre mou extragénital, par Tonian . . . 502
— Diagnostic du chancre mou par la culture du bacille de Ducrey, par Sosa 700
— Du diagnostic du chancre mou, par Moundère . . . 920
— Chancre mou des muqueuses linguale et labiale, par Milian 1199

Chéilites. « Cheilitis glandularis simplex ». Ses relations avec les épithéliomas de la lèvre, par Covisa, Bejarano et Gay Prieto 111

Chéloïdes. Chéloïdes. Leur traitement, par Hombria y Soto 298
— Rapports entre les chéloïdes et l'arthrite déformante, par Wohlsteim et Torma . . . 799
— Sur le traitement des chéloïdes. Résultats obtenus à l'Institut de Médecine expérimentale pour l'étude du cancer, par Rosner. . . . 805
— Chéloïdes (la séance spéciale de la réunion dermatologique de Strasbourg consacrée aux), par Alice Ullmo . . **979**
— Sur les rapports entre les chéloïdes secondaires et la syphilis, par Maggiuli . . 1025
— L'anatomie pathologique des chéloïdes, par Pautrier et Woringer **1145**

Chimie de la peau. Analyse chimique de l'irritabilité de la peau dans un cas d'idiosyncrasie à la résorcine, par Nathan et Stern. 246
— Contribution à l'étude chimique, étio-pathogénique et anatomo-pathologique de la fissure médiane persistante et solitaire de la lèvre inférieure, par Vilanova Montin. 408
— Contribution à une chimie physiologique et pathologique de la peau. — Sur la teneur en azote résiduel de la peau et la teneur en azote de ses fractions dans les dermatoses associées de prurit et

dans le psoriasis, par URBACH 999
Chloasma. Le chloasma, par NARDELLI 276
Cicatrices. Sur l'innervation des cicatrices du goudron, par BERNUCCI. 278
Concrétions calcaires. Concrétions calcaires cutanées, par MALONEY et BLOOM . . 813
— Deux cas de maladie d'Addison. Calcification et caséification des capsules surrénales, par PALLASSE, GUICHARD et CHAPUIS 996
— Calcification cutanée ; étude du soi-disant « épithélioma calcifié » le nævus ossifiant, par FLARER 1048
Connor et Bruck (maladie de). Petite épidémie algéroise de la maladie de Connor et Bruch, papulo-érythème polymorphe infectieux saisonnier à papules rutilantes ; synonymes : fièvre boutonneuse de Tunisie, fièvre exanthématique de la région provençale, par LEMAIRE 478
Creeping-disease. Sur l'étiologie de « Ceeping Disease », par SCHWARZ. 902
Cutis gyrata capitis. Cutis capitis gyrata sur pemphigus foliacé, par TRUFFI. . . . 602
Cylindrome. Cylindrome familial. Contribution à l'étude de l'hérédité dominante, par SCHMIDT-BAUMLER . . . 1000

D

Darier (maladie de). Traitement de la maladie de Darier, par WUCHERPFENNIG. . 393
— Nouvelle contribution à l'étude de la valeur des facteurs constitutionnels dans la maladie de Darier, par ARTOM . 916
Dermatites. Dermatitis nodularis necrotica, par EICHENLAUB 253
— Transport passif de l'hypersensibilité à l'iodure de potassium dans la dermatite herpétiforme de Dühring, par FERRARI 286
— Sur la radiothérapie de la dermatite de Duhring, par BEJARANO et HOMBRIA . . . 406
— Maladie de Duhring avec éléphantiasis du membre inférieur droit, par MILIAN et HOROWITZ. 467
— Contribution à l'étude de la chondrodermatite nodulaire chronique de l'hélix ou nodule douloureux du pavillon de l'oreille, par JORDAN . . 498
— Sur la dermatite mercurielle des enfants, par JENNY . . 505
— Dermatite linéaire rampante (maladie de Robert Lee) localisée au pied gauche, par PÉRIN et MASSOT 571
— Sur la pathogénie de la dermatite herpétiforme de Duhring, par VARGA 716
— Le Paaj. Une nouvelle dermatite vénéneuse, par DI LULLO 926
— Un cas généralisé d'acrodermatite continue ou persistante, par CHRISTIE et ANDERSON. 1012
— Matériaux pour l'étude de la dermatite professionnelle des médecins-dentistes en rapport avec la sensibilisation spécifique de leur peau par la novocaïne, par CHTCHERBAKOFF 1040
— Dermatite exfoliative des nouveau-nés de Ritter (à propos de deux cas), par NAVARRO MARTIN 1129
— Dermatite chronique atrophiante (maladie de Pick-Herxheimer), par PAUTRIER . 1203
— Dermatite herpétiforme de Dühring laissant des cicatrices, par JOSSEL 1294
— Dermatite exfoliante mortelle après un traitement par bismogénol et salvarsan, chez un paralytique, par LIEBERS. 1293
Dermatofibrose. Dermato-fibromes progressifs et récidivants, par BEZECNY. . . . 712
— Les dermatofibromes de Darier et Ferrand sont-ils des

formes frustes de la maladie de Recklinghausen ? par Seminario et Pessano . . . 1296
Dermatomycoses. Contributions à l'étude des dermatomycoses. 4e communication. Essais avec l'Achorion gypseum chez les animaux à sang froid, par Kadisch . . 242
— Contribution à l'étude des dermatomycoses de la Bavière du Sud et à la casualité de la sporotrichose, par Munsterer 1000
— Sur un cas de dermatomycosis muscosa chez un malade atteint de pemphigus vulgaire, par Bagnoli 1131
— Contribution aux problèmes des dermatomycoses expérimentales, par Truffi . . . 1136
Dermatomyosite. Modifications de la peau dans la dermatomyosite, par Gottron 110
— Dermatomyosite pseudoleucémique, par Urbach . . 384
Dermatophytes Les propriétés régionales et les conditions épidémiologiques de la flore des dermatophytes en Hongrie, par K. v. Berde. . . 712
Dermatoses. Insuffisances et décompensations de fonctions cutanées dans la pathogénie de quelques dermatoses, par Tommasi . . . 104
— Discussion sur l'origine psychique des dermatoses avec essai d'interprétation, par Wohlstein 104
— Démonstration de dermatoses rares, par Freund 109
— Manifestations cutanées dans les affections malignes des organes internes, par Fasal. 112
— Contribution à l'étude de la « dermatose pigmentaire progressive » (maladie de Schamberg), par Aranguren. . . 159
— La tendance non spécifique de la peau à la formation de bulles dans les dermatoses, par Elsner 243
— Dermatoses psoriasiformes et parapsoriasis, par Jaja . . 273
— Etude des dermatoses actiniques congénitales, par Covisa 297
— Sur le traitement de quelques dermatoses par l'extrait de rate désalbuminé. Note préliminaire, par Barrio de Médina et Valesco Rodriguez . 298
— Le métabolisme de l'eau et du chlorure du sodium dans les dermatoses, par Mayr. . . 389
— Sur les photodermatoses, par Glaubersohn et Goldenberg . 394
— Dermatose professionnelle par le sel de cuisine, par Somogui 395
— Sur les toxidermies et les allergodermies, par Perutz . 483
— Dermatoses dues aux monilia et autres levures, par Mac Leod. 485
— La caractéristique des affections cutanées chez les travailleurs des pêcheries, par Terzakharoff 499
— Dermatose blennorragique chez le nouveau-né, par Henning 583
— Dermatoses entraînées sur le trajet des voies lymphatiques en relation avec un traumatisme cutané, par Heller 585
— Dermatose pemphigoïde toxique, par Fernandez et Carri. 586
— Etude sur l'équilibre électrolytique dans quelques dermatoses du groupe du pemphigus, par Santojanni . 604
— A propos d'un cas de dermatose allergique, par Ciambellotti 615
— Variations du soufre urinaire au cours des dermatoses desquamatives généralisées, par Barral et Rousset. . . . 699
— L'uricémie dans les dermatoses et l'influence médicamenteuse de l'atophan et de l'Uricedin, par Graf . . . 710
— Le métabolisme basal dans les dermatoses, par Solla Casalderrey. 720
— Métabolisme et glandes endocrines dans les dermatoses et en particulier dans l'acné vulgaire et le xanthome, par Bruno Bloch. 804

— Sur les dermatoses allergiques. L'expérience de la clinique dermatologique de Sienne, par Tommasi . . . 824
— La thérapeutique locale des dermatoses, par Abramowitz. 908
— Considérations cliniques et étio-pathogénétiques au sujet des dermatoses symétriques dysménorrhéiques, par Artom 910
— Sur la concentration des ions hydrogène de la surface cutanée et sa régulation dans les dermatoses, par Pérutz et Lustig. 997
— Contribution à l'étude des affections professionnelles de la peau chez les émailleurs, par Dolgoff. 1031
— Contribution à l'étude des affections professionnelles de la peau causées par l'arsenic, par Lapycheff. . . . 1032
— Dermatoses pigmentées des jambes (Schamberg ?) et hémangiectasie tuberculeuse, par Labro. 1104
— Le traitement des dermatoses à Uriage, par Boutelier . . 1116
— Dermatoses par action de la lumière, par Cappelli. . . 1137
— Contribution à la casuistique des affections cutanées chez les porteurs de ciment, par Ioffé et Berline 1143
— La question des rapports entre la réserve alcaline et les dermatoses, par Fœrster . 1212
— Eruption artificielle due à l'éphédrine, par Ayres et Anderson 1295
— Dermatoses endogènes et le système végétatif hormonal, par Pulay 1315
— Quelques dermatoses dans le nord du Brésil, par Clémentino 1298

Dermite pigmentée. Etude sur les expériences de désensibilisation dans les dermites professionnelles, par Hajas. 143
— Dermite micrococcique à type d'impétigo herpétiforme, par Maccari 272
— Dermo-épidermite pustuleuse à petits éléments d'origine professionnelle, par Laurent. 379
— Dermite exfoliatrice, par Carles. 598
— Dermite livedoïde et nécrotique due à une embolie artérielle bismuthique, par Gay Prieto. 723
— La dermite du nickel, par Dubois. 923
— L'étiologie de la dermite des prairies ou des bains, par Philadelphy 1010
— Dermites d'origine chimique, par Cabello 1017
— Dermites artificielles des mains, par J. Peyri . . . 1124
— A propos de la dermite livédoïde, par P. Blum et Bralez. 1200
— Les infra-rouges dans les radium-dermites, par Sarro-Condeminas 1304
— Une dermite d'origine africaine évoluant depuis 24 ans sur la face antérieure d'une main, par Fülleborn . . . 1291

Dermographisme. Recherches sur le « dermographisme noir », par Hosp 485

Diagnostic. La gonoréaction. Son application au diagnostic des rhumatismes subaigus et chroniques, par Léri, Urbain, Lièvre et J. Weill. 233
— Nouveau procédé de diagnostic des lésions chancrelleuses : l'intraépidermo-inoculation de produits frais. par Ravaut, Rabeau et Hesse. . 236
— Diagnostic, diagnostic différentiel et traitement des maladies cutanées et vénériennes. par Walter Scholtz . 316
— Sur la valeur diagnostique de la tuberculo-réaction locale répétée, par Reiss 355
— La genèse du cyto-diagnostic, par Ravaut 1300

Divers. Atmosphère et maladies de peau, par Bettmann. 104
— VIII[e] Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (Copenhague, 5-9 août 1930), compte rendu, par G. Solente . . . . 1 à 127
— Sur les propriétés de l'anti-

gène méthylique, par NÈGRE et BOQUET. 231
— Maladies de la peau, des muqueuses et des poils d'origine endocrine, par URBACH . 240
— La vaccination régionale par la porte d'entrée (méthode de Basset et Poincloux). Ses applications en gynécologie, par BLANCHIER 377
— La phylaxie, par BILLARD. . 508
— Margot et Mabu, par DEVRAIGNE 509
— L'anaphylaxie héréditaire et sa valeur étiologique, par NATTAN-LARIER 564
— Pour la solution du problème colorimétrique en dermatologie, par DE LESZCZYNSKI. . 581
— Alexis Littre. Sa découverte des glandeoles uréthrales, par RILLE. 585
— Sur l'anergie tuberculinique, par CIARROCCHI 619
— Comptes rendus des séances du VII[e] Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie (Copenhague, 5-9 août 1930), par LOMHOLT. 639
— Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par CL. SIMON . 698
— Artérite oblitérante, par A. PEYRI 809
— Un cas de varus nodolosus de Brooke, par v. VERESS. . 898
— Influence des modes féminines sur la peau, par FRÜHWALD 898
— Dictionnaire médical du langage allemand et français, par SCHOBER 926
— De l'inversion sexuelle à la formation et à la détermination des sexes, par ALLEIX . 927
— Contracture de la cuisse par périostite secondaire de la tubérosite interne du tibia droit, par MILIAN 989
— Considérations et expériences sur l'importance du pH des terrains de culture, par SCOLARI 1020
— Les progrès récents de la dermatologie et de la syphiligraphie, par ALVAREZ SAINZ DE AJA. 1130
— Sur la raie noire, par DIETTEL. 1210
— Système réticulo endothélial et action chimiothérapique, par CARDENAL et DE SALAS . 1220
— La stérilité chez l'homme, par BERTOLOTY 1302
— Le syndrome de Senear et Usher, par GILMAN 1306
Dysidrose. Etiologie de la dysidrose, par KEMERI . . . 249
— Sur les causes de dysidrose et d'eczéma, par KEMERI . . . 393
— Contribution à l'étude de l'étiologie des dyshidroses, par GRIFG et ITKIN 634

E

Eczéma. Etiologie et pathogénie de l'eczéma, par DARIER, JADASSOHN. 2
— Eczéma et allergie, par BRUNO BLOCH 7
— Sur la question de l'eczéma, par KRZYSZTALOWICZ . . . 8
— Contribution à la connaissance de l'eczéma professionnel, par OPPENHEIM. . . . 9
— Sur la pathogénie de l'eczéma, par ALLEN PUSEY 11
— L'étiologie et la pathogénie de l'eczéma, par SABOURAUD . 12
— Sur l'eczéma, par SAMBERGER. 16
— Autosensibilisation dans l eczéma, par WHITFIELD . . . 17
— L'eczéma, par MILIAN . 19
— Eczéma et sensibilisation ou intolérance, par RAVAUT . . 24
— Sensibilisation spécifique dans l'eczéma, par GARDNER HOPKINS et KESTEN 26
— Eczéma vrai de pathogénie neurotique, par KRISTJANSEN AAGE 27
— Eczéma parasitaire, par CARLE. 28
— Sur l'eczema mycosique des mains et sa pathogénie, par MATRAS AUGUST 29
— L'eczéma mycosique, par PETGÈS. 29
— Sur l'influence du métabolisme de l'eau dans l'eczéma aigu, par PERUTZ 30
— Les eczémas solaires et leur traitement, par JAUSION, HUBERT, SOHIER et PECKER . . 32

— Sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson », pas M. et Mme Montlaur 33
— Le traitement des eczémas, des dermites eczématiformes et de certains prurits par l'hémolysothérapie intradermique, par Weissenbach et Seidmann 34
— La mort rapide dans l'eczéma des nourrrissons. Données histo-pathologiques. Essai pathogénique, par Gaté, Dechaume, Croizat, Michel . . 34
— Désensibilisation par administration orale de peptones spécifiques et aussi désensibilisation spécifique de l'eczéma allergique par applications transcutanées, par Urbach 35
— De l'onguent au soufre cristallisé et au goudron indiqué par moi (sulfanthrène) et de ses indications dans le traitement de l'eczéma, par Stein 37
— Le traitement de l'eczéma par le bicarbonate de soude sous les tropiques, par Barada 37
— A propos de l'eczéma du nourrisson, par Froyez. . . . 130
— L'eczéma des bûcherons, par Dubreuilh **199**
— Sur la présence de levures dans l'eczéma séborrhéique, par Bernstein 393
— Ce qui reste de l'eczéma, question de mots, par Audry. 403
— Etudes expérimentales sur l'eczéma ; les rapports du potassium, du calcium total et du calcium diffusible dans le sang au cours des dermatoses, par Klauder et Brown. 410
— L'eczéma, par Milian . . . 467
— L'eczéma d'après le congrès de Copenhague, par Darier . 475
— L'eczéma, réaction seconde de sensibilisation, par Ravaut 476
— Les « maladies du métabolisme » dans l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma, par Pedro Escudero . . . 478
— Sur le traitement général de l'eczéma, par Rohrbach . . 480
— Recherches sur les réactions cutanées dites « eczéma du nourrisson », par M. et Mme H. Montlaur. **513**
— Le traitement actuel de l'eczéma, par Darier et Tzanck . 568
— Sur l'équilibre acide-base chez les eczémateux. Le taux de la courbe de glucose, d'urée, de cholestérol et de calcium dans les eczémas, par Massa. 587
— Le traitement à l'atoquinol « Ciba » des affections cutanées du genre eczémateux, par Meier 635
— Recherches sur les réactions cutanées dites « Eczéma du nourrisson », par M. et Mme H Montlaur **737**
— Présentation d'un malade atteint depuis 4 ans d'eczéma généralisé et guéri en 10 jours par trois injections d'hémocrinothérapie orchitique, par Rosenthal et Filderman 889
— Sur l'eczéma mycosique des mains et des pieds et sa pathogénie, par Matras . . 998
— Résultats obtenus avec les épreuves eczématogènes, par Béjarano et Enterria . . . 1014
— Sur le traitement des eczémas, par Hans Merz . . . 1048
— Recherches de capillarométrie microscopique, dans la pathologie de l'eczéma, en particulier de l'eczéma professionnel, par Michael et Mlle Radeff 1211
— Splénothérapie injectable de l'eczéma, par Fravega . . 1215
— Contribution à l'étude de l'eczéma des boulangers, par Van Vonno 1314
Eléphantiasis. A propos de quelques observations d'éléphantiasis nostras et d'états éléphantiasiques, par Paul Vigne et Fournier 381
— Eléphantiasis et ulcérations chroniques vulvaires (Ulcère vulvaire chronique éléphantiasique et syphilome ano-

rectal de Fournier), par E. de Gregorio et Garcia-Serrano. 1217
Endothéliome. Sur un endothéliome de la peau à début exanthématique, par Kœnigstein. 483
Epidermolyse bulleuse. Epidermolyse bulleuse traitée et guérie par le calcium, par Meineri 1027
— Syndrome cutané à type d'épidermolyse bulleuse et d'hydroa vacciniforme avec porphyrie, par Meineri . . 1225
Epidermomycoses. Epidermomycose chez des nourrissons, par Finsen 117
— Cryptococcus sp. isolés de certaines épidermomycoses, par Negroni 701
— Epidermomycose cutanée provoquée par une levure, par A. et R. Sartory et J. Meyer. 701
— Epidermomycose achromiante par Hemispora stellata, par Mantarro. 820
Epidermophities. Sur une épidermophytie de la région inguino-crurale due à un trichophyton gypseum, par Rivalier 467
Epilation. Du rôle de l'épilation à la pince en dermatologie, par Sabouraud . . . 569
Erysipèle. Etude de clinique et de laboratoire sur l'érysipéloïde dans les Etats-Unis, par Klauder et Harkins . . 105
— Contribution à la connaissance de l'érysipéloïde, par Balbi 823
— Faut-il traiter l'érysipéloïde par le sérum du rouget (du porc) ou l'irradiation ultra-violette intensive, par Mühlpfordt 896
— L'érysipéloïde, transmission à l'homme du rouget du porc (avec une observation personnelle), par G. Belgodère. . **1241**
Erythèmes. De l'étiologie tuberculeuse de l'érythème exsudatif multiforme (Hebra), par Ramel 90
— Erythèmes noueux et polymorphe, par Ramel . . . 92
— Erythème noueux et tuberculose, par Courmont . . . 131
— Erythème atypique chez un carcinomateux, localisations aux extrémités, sur la muqueuse buccale et sur les territoires radiothérapiés du tronc, par Bernstein . . . 148
— L'érythème polymorphe dans la lèpre, par Pupo . . 154 et 252
— Erythème annulaire centrifuge, par Hellerström . . . 315
— Erythème annulaire centrifuge, par Graham et Throne . 409
— Erythème biotropique du 9e jour après ingestion de balsamique, par Gougerot . 466
— Epidémie estivale d'érythème biotropique arséno-benzolique, par Gougerot, Ragu et J. Weil 466
— Maladie innommée (Erythème nummulaire et récidivant *in situ*) et à reliquat pigmentaire, par Milian . 466
— Sur la question de l'érythème annulaire chronique migrateur (de Lipschütz), par Krestanov 581
— Histoire du soi-disant érythème infectieux, par Kazarowa 583
— Etude sur la pathogénie et l'étiologie de l'érythème noueux, par Doczy. . . . 717
— Sur la forme bulleuse végétante de l'érythème polymorphe, par Maschkilleisson et Potapow 798
— Erythème polymorphe paraissant être d'origine trichophytique, par Goldsmith . . . 804
— Contribution à la clinique et à l'étiologie de l'érythème polymorphe exsudatif, par Chirghinoff 1042
— Des érythèmes annulaires centrifuges et des formes similaires, par Sannicandro . . 1227
— Observations sur l'étiologie de l'érythème polymorphe, par Percival et Gibson. . . . 1294
Erythrodermie. Erythrodermie exfoliatrice post-bismuthique, par R. Bernard. . . 720
— Observations sur un cas d'érythrodermie exfoliatrice primitive par dysfonction pluriglandulaire, par Leigheb . 817
— L'insuline dans le traitement

de quelques érythrodermies causées par le salvarsan et le mercure, par MALAMUD . 806
— Sur l'érythrodermie desquamative (Leiner) et sa pathogénie, par KATAMAYA . . . 826
— Erythrodermie arseno-benzolique avec gangrène des membres inférieurs, par RONCHÈSE 1305
— A propos de la pathogénie de l'érythrodermie arsenicale, par GARNIER. 1277
Erythromélie. Un cas d'érythromélie de Pick, par BALINA et BLANCO. 588
Exanthèmes. Exanthème arsenical sous forme de pityriasis lichenoïde chronique, par BEZECNY 395
— Exanthème polymorphe comme complication d'une vaccination accidentelle, par SEREFIS 714
— Sur les exanthèmes salvarsaniques récidivant spontanément, par KAPLOUNE . . . 917
Expérimentation. Le métabolisme carbo-hydraté intrinsèque de la peau ; rapport préliminaire d'études expérimentales, par DONALD PILLSBURY 119
— Essai sur l'altération de la résistance cutanée du lapin par l'application répétée de révulsifs chimiques, par SAUDEK 123
— Transmission passive par la méthode des bulles de Kœnigstein-Urbach de l'idiosyncrasie vis-à-vis de l'albumine du lapin, par BRANDT et KONRAD 240
— Glycolyse et insuline dans les tissus normaux et néoplasiques cultivés *in vitro*, par ROFFO et FERRAMOLA . . . 400
— La perte en eau du tissu néoplasique en rapport avec la vie étudiée dans les cultures *in vitro*, par ROFFO 400
— Etude de l'action du rouge neutre et de ses sels sur le développement des cultures *in vitro*, par ROFFO et CALGAGNO. 400
— Recherches sur des cobayes non inoculés avec filtrat d'organes tuberculeux, par TARANTELLI 728
— Sels halogènés de magnésium et cancérisation expérimentale, par DELBET et PALIOS. . 787
— Expériences de sensibilisation à l'ursol, par MÜLLER. . . 1286
— Recherches expérimentales avec Monilia Fioccoi, par ZOON 1286

F

Favus. Sur un cas de favides, par BARBAGLIA 611
Fibrosarcomes. Du fibrosarcome cutané, par SCOLARI . . 269
— Fribrosarcome primitif de la peau du pénis (Contribution clinique et histologique), par LEVI 271
Folliculites. Considérations sur un cas de folliculites atrophiantes des parties glabres, par SANTORI 1133
— Folliculite sycosiforme atrophiante du corps (folliculite dépilante des parties glabres d'Arnozan et Dubreuilh, par PHOTINOS 1287
Fox-Fordyce (maladie de). Maladie de Fox-Fordyce, par ARKHANGHELSKY 921
— Sur la maladie de Fox-Fordice, par NEUMARK. . . . 929
Furonculose. Le traitement local de la furonculose par l'ichtyol pur, par MASCHKILLEISSON 1012

G

Gale. Contribution à l'étude de la gale norvégienne, par MODESTOV. 413
— Lettres à un médecin sur la dermato-vénéréologie. — La gale du chat et la gale du chien sont-elles transmissibles à l'homme, par CL. SIMON 989
Gangrène. La gangrène cutanée, par MILIAN. 113
— A propos d'un cas de gangrène diabétique, par CHIALE . 274

— Gangrène fébrile de la verge, adénite suppurée ulcéreuse après guérison de la gangrène, par GOUGEROT et RAGU. 373
— Sur un cas de gangrène des organes génitaux masculins, par SEIL 1134
— Gangrène cutanée multiple dans la péri-arthrite noueuse, par LÖHE et ROSENFELD 1287
Glutathion. Contribution à l'étude du glutathion dans les dermatoses et dans la peau des animaux, par CASTELLINO 287
Gommes cutanées. Sur un cas de lésions gommeuses cutanées et ostéo-cutanées dues au bacille tuberculeux aviaire, par NICOLAU et BLUMENTHAL 90
— Gommes cutanées après la malariathérapie, par SCHREINER. 1011
Granulomes. « Granulome coccidioïdal ». Sa différenciation d'avec la blastomycose, par MILLER, HIRAM et H. MORROW. 117
— Sur la polymorphie du granulome annulaire, par STEINER. 145
— Granulome annulaire guéri par les rayons de Bucky, par BAER 715
— Granulomes calcaires, par MERCADAL et CORET. . . . 809
— Contribution à l'étude du granulome annulaire, par NICOLETTI 913
— Contribution à l'étude du granulome télangiectodes, par BALOG. 1006
Granulosis rubra. Granulosis Rubra Nasi (Contribution clinique et étiopathologique), par BAGNOLI 729

H

Hémangiomes. Hémangiome caverneux et traumatisme, par DOWNING et MALLORY . . . 160
— Sur l'hémolymphangiome de la langue, par FRIEDHEIM. . 1010
Herpès. Herpès simple récidivant sur une cicatrice de chancre simple, par WITLBRAND 1292
Histoire. Razès et Avicenne, les deux premiers descripteurs de la variole et de la rougeole, par BOTTO-MICCA . . 289
— Jérôme Fracastor, par TRUFFI. **321**
Histologie. Des lésions histologiques de la peau et du tissu sous-cutané chez les nourrissons athrepsiques, par STRASZYNSKY 495
— Problèmes de morphologie cutanée : capillaroscopie et cutiscopie. La morphogénèse des capillaires, par COMEL . 628
— Action de la peptone sur la formule leucocytaire locale cutanée et sur la structure histologique de la peau, par MEINERI 629
— Cutis gyrata de la peau du front (histologie), par OTA . 798
— Contribution à l'histopathologie du tissu adipeux (Infiltration et résorption du tissu adipeux), par WORINGER . . **1089**
— Sur les altérations histologiques de la peau et du tissu adipeux sous-cutané dans l'athrepsie, par STRASZYNSKI. 1231
Hodgkin (maladie de). L'inoculation du sang et des urines de deux malades atteints de maladie de Hodgkin, par LŒPER et LEMAIRE 233
— Réticulocytose au cours de la maladie de Hodgkin, par LAUR 889
— Difficultés du diagnostic de la maladie de Hodgkin, par JORDAN, SCHAMSCHIN et STAROFF 1293
Huguier (maladie de). Contribution à l'étude de la maladie de Huguier (l'esthiomène), par ZAROUBINE. . . 108
Hydroa. Hydroa vésiculeux consécutif à un zona, par LORTAT-JACOB, LEGRAIN et SOLENTE 888
Hydroadénome. Hydroadénome éruptif de Jacquet et Darier (1887), par RAMAZZOTTI . 622

I

Ichtyose. Ichtyose et pseudo-ichtyose cornée, par CAVALLUCCI 613

Immunité. Signification de la résistance naturelle et de l'immunité spécifique du point de vue du clinicien, par HOFFMANN 43
— Relativité de la notion d'immunité, par TZANCK. . . . 54
Infections. Strepto-staphylococcies cutanées, par MILAN KITCHEWATZ 115
— Tentatives chimiothérapiques de l'infection gonococcique, par JAJA 288
— Sur le parasitisme des poils dans l'infection expérimentale provoquée par des cultures pléomorphiques d'un Trichophyton gypseum, par CATANEI 376
— Contribution à l'étude des septicémies d'origine buccale, par KERL. 401
— Quelques remarques sur l'infection de la peau par les Monilla et d'autres levures, par BRUNO BLOCH 486
— Le pouvoir pathogène des Monilia et des autres levures, par DOWLING 486
— Sur un cas méconnu de rhumatisme gonococcique généralisé, par CLAUDEL . . . 694
— Traitement de l'arthrite gonococcique Sérothérapie spécifique intra veineuse, par PEYRI et CAMPOS. 722
— Le régime riche en vitamines dans le traitement des infections staphylococciques de la peau (Réponse au travail du même nom de M. Schubert), par PFANNENSTIEL . . 899
— Le régime riche en vitamine dans le traitement des infections staphylococciques de la peau, par SCHUBERT . . 899
— L'infection cutanée, par MILIAN 988
— Infection vaccinale chez une eczémateuse, par SPRENGEL . 1007
— Tarsalgie gonococcique, par SANZ BENEDED 1016
— Contribution à l'infection symbiotique dans les nodosités juxta-articulaires de Jeanselme, par ARAVIYSKY et BOULWAKHTÈRE 1038
— Sur les origines et les sources premières des infections cutanées chroniques, par SABOURAUD 1121
— Stomatite gonococcique, par FRAZER et MENTON 1212
— Infection chancrelleuse à localisations extragénitales multiples, la plupart d'origine traumatique Contribution au traitement préventif du bubon, par CEDERBERG . 1288
Iodides. Iodides bulleuses pemphigoïdes végétantes profuses du visage et du cou apparues brusquement, par BEHDGET 1275

K

Kératoses. Les parakératoses microbiennes du bout des doigts, par SABOURAUD . . 206
— Kératodermie blennorragique, par BARRET 253
— Contribution à l'étude de l'étiologie de la kératodermie symétrique héréditaire, par POSTOWSKY 315
— Kératose folliculaire et spinulosique d'origine salvarsanique ou arsenicale, par BRUHNS 482
— Kératoses séniles et verrues séborrhéiques, par ELLER et RYAN 491
— Sur la kératodermie palmaire et plantaire symétrique érythémateuse (Besnier), par VERCELLINO 609
— Kératodermie apparue chez le même sujet pour la deuxième fois à la suite d'une affection articulaire d'origine gonococcique, par LOJANDER. 635
— Kératome sénile atypique avec formation de bulles ressemblant à la maladie de Darier, par FREUND. . . . 711
— Sur une kératose disséminée non encore décrite (acrokératose verruciforme), par HOPF 713
— Quelques considérations sur la kératose blennorragique, par STROMINGER 793

— Dyskératose folliculaire avec bulles, par MILIAN et PÉRIN . 796
— La kératolyse exfoliative et le champignon en mosaïque, par MAC KEE et LEWIS. . . 813
— Streptocoque et entérocoque dans les parakératoses, par LORTAT-JACOB et BIDAULT . . 842
— Considérations sur les dyskératoses dites précancéreuses, par MASSIA et ROUSSET . . 996
— Un cas de porokératose de Mibelli, par LEVINE . . . 1036
— Kératomes en nappe des mains, par MILIAN. . . . 1198
— Les kératoses arsenicales médicamenteuses, par BARTHÉLÉMY 1200
— Sur la question des « kératodermies gonococciques », par BERSON et MATUSKOW . . 1209
— Sur la pathogénie de la kératodermie blennorragique, par SCOMMAZZONI 1229
— Hyperkératose gonococcique, par GOLSCHMID 1317
Kystes. Kystes cornés multiples des canaux sudoripares, par DAVIES. 250
— Kystes hydatiques sous-cutanés multiples, par BEJARANO et ENTERRIA 906
— Kystes sébacés calcifiés du scrotum, par M. P. WEIL, DELARUE et PORIN 1278

L

Leishmaniose. Quelques remarques sur la leishmaniose cutanée dans le Tell Algérien, par GROS 141
— Contribution au traitement de la leishmaniose cutanée (bouton d'Orient) par la diathermie chirurgicale, par ROTENBERG et BARANOWSKY . 311
— Epidémiologie du Bouton d'Orient en Palestine, par CANAAN 481
— Néostibosan dans la leishmaniose, par JOHANNIDÈS . . . 714
— Leishmaniose américaine, par FOX 812
Lèpre. Le problème de la lèpre au Mexique, par J. G. URUÉNA. 106
— L'amino-acidémie dans la lèpre, par MOLINELLI et M. RÉ. 135
— Lèpre et syringomyélie. Etude de la sécrétion sudorale dans ces deux maladies. Leur diagnostic différentiel par ionisation de pilocarpine, par JEANSELME et GIRAUDEAU . . 177
— La réaction à la tuberculine dans la lèpre, par EVANS. . 251
— Note sur le diagnostic de la lèpre, par HERNANDEZ D'EMPAIRE 315
— Sur la formule leucocytaire chez les lépreux coréens, par SAKURAI 494
— La lèpre en Uruguay, par FORESTI, VIGNALE et MALET . 572
— Les recherches nouvelles sur la lèpre, par KÖLLER . . . 586
— Sur six cas cliniques de lèpre, par BALINA 589
— Lépride cutanée comme première manifestation de la maladie de Hansen, par PEYRI 596
— Sur la culture artificielle du bacille de Hansen hors de l'organisme humain, par GRAVAGNA 606
— Ma méthode de traitement spécifique de la lèpre, par PALDROCK 717
— Lèpre et virus filtrable, par MARKIANOSI 784
— Le traitement moderne de la lèpre dans les principaux centres de léprologie, par DE SOUSA-ARAUJO 807
— Un cas de lèpre maculo-anesthésique, par SALAVERRI . . 906
— Essais de culture du bacille de Hansen du sang et des lépromes, par VAUDREMER, SÉZARY et C. BRUN 991
— Le bacille de la lèpre a-t-il été obtenu en cultures artificielles, par MARCHOUX, MARKIANOS et CHORINE. . . 993
— Un cas de lèpre atypique avec prédominance des lésions cutanées, par TOULLEC et RIOU 995
— Recherches sur les altérations fonctionnelles du système nerveux végétatif dans la lè-

pre (Métabolisme basal pH. Réserve alcaline. Glycémie et courbe glycémique. Cholestérinémie. Epreuves pharmacologiques), par Marras. 1023
— Sérodiagnostic de la lèpre par l'agglutino-sédimentation des globules rouges de mouton formolés, par Rubino . 1115
— Les névrites lépreuses, par Tolosa 1122
— Lèpre cutanée nodulaire en voie de généralisation avec poussée aiguë récente survenue chez une femme ayant présenté il y a deux ans des éléments bulleux discrets non diagnostiqués, par Gaté, Michel et Charpy 1123
— La classification dynamique des formes de la lèpre, par Kousnetzoff 1234
— La lèpre oculaire et la dynamique du processus, par Pavloff 1235
— La lèpre en Norvège, par Lie. 1316
— Lèpre à forme syringomyélique, par Roger 1285

Leucodermie. Leucodermie squameuse d'origine spécifique, par M. J. Silva. . . 591
— Sur la leucémie cutanée circonscrite de forme pseudolépreuse, par Béjarano et Enterria 1125

Lichen. Lichen plan de Wilson, par de la Portilla. . . . 406
— Lichen verruqueux unilatéral aigu, par Mumford. . . . 487
— Lichen plan et fonction sous-occipitale, par Hoffmann. . 579
— Morphologie du lichen plan de la face (enfant de 10 ans), par Fellner 581
— Diagnostic du lichen pigmenté, par Frischmann et Berson 585
— Formes rares de lichen plan, par Richter 800
— Cas atypique de Lichen ruber planus, par Serra 825
— Lichen plan hémorragique, par Covisa et Gay Prieto . . . 907
— Considérations critiques au sujet d'un cas de lichen atrophique scléreux, par Bagnoli 911
— Lichen scléreux et sclérodermie lichenoïde, par Vercellino 1228
— Le lichen plan érosif, par Milian. 1276

Lipomes. Les lipoïdes dans la nutrition et le développement des tumeurs, par Roffo 399
— Lipomatose symétrique familiale, par Marsiaj 1122

Livedo. Sur l'étiologie du livedo racemosa, par Haber . . . 996
— Sur un cas de livedo, par Burbi 1311

Lupus. Traitement du lupus vulgaire, par P. François . 82
— A propos de l'affection dénommée angiolupoïde de Brocq-Pautrier, par Freund. . . 90
— Le développement du lupus du nez, par Wirz 93
— Le traitement du lupus tuberculeux cutané, par Louste et Thibaut 99
— Traitement du lupus par le radium sous-cutané, par Behaegel. 103
— Curiethérapie sous-cutanée du lupus, par Behaegel . . . 154
— L'indice de lipase du sérum sanguin dans le lupus et les divers stades de la syphilis, par Chapiro, Backhewitch et Kauffmann 230
— Sur le lupus-sarcome, par Racinowski 304
— Lupoïdes en placards forme rare de la maladie de Bœck du type à gros noyaux, provoquée par un coup violent et simulant la lèpre, par Dracoulidès et Kéléménis. . 361
— Sur la miliaire lupoïde de Bœck, par Jakemer. . . . 394
— Traitement du lupus vulgaire par la diete de Gerson, par Volk 402
— Contribution au diagnostic du lupus érythémateux, par Mestchersky. 412
— Quelques observations de traitement bismuthique de lupus érythémateux, par Barbaglia. 493
— Lupus et carcinome, par Mallinckrodt-Haupt. 579
— Conseils sur traitement du

lupus et des tuberculoses cutanées, par Peyri . . . 726
— Sur le régime déchloruré dans le lupus vulgaire, par Beretvas. 732
— Sur la pratique et les incidents du traitement du lupus érythémateux par le Lopion, par Konrad 799
— Le traitement du lupus par les rayons X, par Stern. . 800
— Sur une forme particulière de lupus annulaire à structure histologique péri-pilaire, par Piérard 877
— Sur la découverte directe du bacille tuberculeux dans le lupus pernis et la sarcoïde de Bœck, par Dittrich . . 894
— Traitement médicamenteux du lupus vulgaris, par Rock . 895
— Lupus vulgaire avec réaction générale et locale exceptionnelle, par Kauczynski. . . 899
— Le problème du lupus dans la Hongrie méridionale, par K. v. Berde 900
— La diète déchlorurée de Gerson et Sauerbruch dans un cas de lupus récidivant, par F. de la Portilla 905
— Traitement du lupus érythémateux par les préparations bismuthiques, par Jakobson et Barkoff 920
— Action de quelques substances pomphogènes sur le lupus vulgaire, par Meineri . 1025
— Contribution à l'identité des sarcoïdes de Bœck et du lupus pernio, par Théodorovitch 1033
— Lupus érythémateux ; traitement par les sels d'or, par Rutledge. 1047
— Sur la technique du traitement du lupus vulgaire par l'acide pyrogallique, par Diettel. . 1207
— Sur le traitement auro-arsénobenzolique du lupus érythémateux (Aurojacol), par Pinetti 1230
— La chrysothérapie du lupus nodulaire, par Lebœuf et Mollard 1282
— Recherches sur l'état des poumons dans le lupus érythémateux comme contribution à l'étiologie de cette affection, par Bruner et Wasowicz 1288
— Modification du traitement du lupus érythémateux par les sels d'or, par Monash et Traub. 1307

Lymphadénie cutanée. Sur les modifications histologiques des ganglions lymphatiques dans la lymphadénite chronique rétro-auriculaire due au favus du cuir chevelu, par Kawatsure. 574

Lymphocytome. Sur le dépôt de nodules lymphatiques (Lymphocytomes) dans la peau de la face, par Matras. 242
— Sur les lymphocytomes miliaires et nodulaires de la peau, par Freund 1291

Lymphogranulomatose. Lymphogranulome malin, par Schaumann 92
— Infections combinées de la lymphogranulomatose inguinale et d'autres affections vénériennes dans le même chancre, par Jersild . . . 107
— Lymphogranulomatose inguinale avec érythème noueux et aphtes de la région génitale, par Kleeberg 144
— Un cas de lymphogranulomatose maligne de Hodgkin avec coexistence de lésions tuberculeuses, par Dumas, Bernay et Boucaumont. . . 237
— Lympho-granulomatose maligne à forme pseudo-tuberculeuse, par Cade et Treppoz . 570
— Etat du virus de la lymphogranulomatose inguinale (maladie de Nicolas-Favre), par Hellerstrom et Wassen. 791
— Sur l'étiologie du lymphogranulome inguinal, par Latko et Michailow 798
— Recherches expérimentales sur le lymphogranulome inguinal, par Cohn et Kleeberg 901
— Rétrécissement ano-rectal éléphantiasique et lymphogranulomatose inguinale, par Nicolas Favre, Massia et Lebeuf 995

— Sur l'extension du lymphogranulome inguinal, par Bernstein 1011

M

Maladies vénériennes. Conférence pénale et pénitentiaire brésilienne. La lutte antivénérienne et antiparasitaire en présence du problème pénitentiaire, par Castrioto . 155
— Diagnostic. Diagnostic différentiel et traitement des maladies cutanées et vénériennes, par Scholtz 169
— Assemblée générale de Copenhague de l'Union internationale contre le péril vénérien, par P. Blum 174
— Contribution à la caractéristique du vénérisme actuel au point de vue de pathologie sociale, d'après les documents d'un dispensaire antivénérien, par Cheyne-Foghel 414
— Les maladies vénériennes vers 1940, par Pele 801
— Statistique relative à la diminution des maladies vénéréosyphilitiques au cours des années écoulées, par Lancha Fal 1013
— L'organisation antivénérienne en Espagne, par Bertoloty 1128

Mal del pinto. Le mal del pinto observé à Mexico. Sa relation avec le carate, par Howard Fox. 107

Mal perforant. Considérations sur un cas de mal perforant plantaire, par Peyri . . , 725

Mélanoblastomes. Contribution à l'étude des mélanoblastomes cutanés du singe et de l'homme, par Imschenetzky. 575
— Mélanoblastome parakératosique. Mélanome cutané, non nævigène parakératosique paraissant bénin, par Merenlender. 576

Mélanose. Mélanodermie et sidérose mycosique, par Nanta et Chatellier 117
— Un cas de mélanose de Riehl, par Navarro Martin et Aguilera 298
— Mélanose de Dubreuilh, par Cortes. 725
— Mélanose circonscrite précancéreuse de Dubreuilh : névrocarcinome consécutif, par Ledo 1303

Microsporie. Contribution à l'étude de l'épidémiologie et de la thérapeutique, de la microscopie, par Epstein. . 383
— Quelques cas (7) de microsporie à Catane, par Lanteri . 611
— Le traitement de la microsporie par les rayons limites, par Buschke. 1210

Milium. Un cas géant de colloïd-milium, par Navarro Martin et Aguilera 404

Molluscum contagiosum. Molluscum contagiosum localisé exclusivement au cuir chevelu, par Nicoletti 605
— Diffusion du molluscum contagiosum dans un groupe de lutteurs, par Casazza . . . 1313

Mycétome. Le genre Madurella et les mycétomes produits par les espèces qu'il renferme, par da Fonseca Filho . 156
— Mycétome actinomycosique du pied (pied de Madura), par Artom. 268
— Deux cas autochtones de mycétome à grains noirs, par Beron 717
— Cuisse de Madura, par Carranza 806

Mycologie. De la schizosaccharomycose (synthèse), par Benedek 117
— Au sujet de la biologie des champignons cutanés pathogènes, par Mallinckrodt-Haupt 118
— De l'influence de la température sur le développement des champignons pathogènes des poils, par Szulmeister . 304
— Recherches sur la désinfection des champignons (Achorion gypseum), par Kadisch. 481
— Un réactif pour déceler les champignons dans les squa-

mes et les cheveux, par CORNBLETT 491
— Sur le développement des champignons à des températures différentes, par WEISS 573
— Observations sur l'acariose des céréales dans la province de Reggio d'Emilie, par ROZZOLI 606
— Le diagnostic des champignons des teignes d'après leurs cultures, par GRIGORAKIS 994
— Recherches sur les espèces des champignons des dermatomycoses de la Silésie, par EPSTEIN 1001
— Remarques sur le procédé de culture du schizosaccharomyces hominis Benedek, 1927. 3e communication : culture directe du sang. Tableau macro et microscopique, par BENEDEK 1317

Mycoses. 150 cas de mycoses de la tête chez des enfants traités par le thallium acétique, par GLOBUS 117
— Les septicémies et les actions à distance des mycoses. Leurs réactions biologiques, par NANTA. 567

Mycosis fongoïde. Un cas de mycosis fongoïde, par FRAGA. 154
— Considérations sur le mycosis fongoïde en Uruguay, par VIGNALE et MALET 479
— L'épreuve de l'adrénaline dans deux cas de mycosis fongoïde, par J. LEREBOULLET . 697
— Mycosis fongoïde à forme subaiguë, par MILIAN . . . 796
— Mycosis fongoïde avec papillomatose des aréoles du sein, par THOMSON. 902

Myomes. Les myomes cutanés, par COVISA 406

N

Nævi. Nævus sébacé systématisé avec ptosis concomitant, par LEVEN 146
— Considérations sur un nævus achromique linéaire à comédons, par BERNUCCI . . . 256
— Nævo-carcinome consécutif à un nævus pigmentaire de la plante du pied, par KURTZ . 411
— Sur le problème des nævi du tissu conjonctif, par TALALOFF 634
— Nævi sudoripares mixtes avec hyperfonction, par ISCHERNJAWSKI 711
— Danger des hémorragies dans les nævi caverneux, par PEYRI 726
— Etude des nævi vasculaires hyperkératosiques (hémolymphangiomes verruqueux hyperkératosiques), par NEUMARK 1197
— Contribution au problème de la formation des nævi, par CHICHKINALAWEIN 1236

Nécrose. Nécrose nodulaire multiple du tissu adipeux sous-cutané, par KOSCHEWNIKOW 901

Neurodermite. Ponction sous-occipitale et lombaire dans la neurodermite de Brocq et dans d'autres affections de la peau, par SCHÖNFELD . . 1291

Nicolas-Favre (maladie de). Maladie de Durand, Nicolas et Favre, par C. R. HERTZ . 153
— Maladie de Nicolas-Favre, par PENIDO 155

Nodosités. De l'étude des nodules des laitiers, par MUNSTERER 239
— Nodule de l'oreille simulant le « nodule douloureux de l'oreille », par KLAUDER . . 409
— Les tubercules des trayeurs, par HUDELO et RABUT . . . 567
— A propos de deux cas de nodosités juxta-articulaires, par BALINA, BASOMBRIO et AUBRUN 589
— Nodulose sous-cutanée articulaire, maladie de Lutz, par H. POVOA 591
— Contribution à la connaissance des nodosités vaccinales chez l'homme, par BALBI . . . 911
— Sur un cas de nodosités vaccinales (dites « nodules des trayeurs »), par LEVI . . . 1026
— Sur l'étiologie des « nodules des trayeurs », par DOLGOFF et MOROSOFF 1233

O

Ongles (maladies des). Altérations de la peau et des ongles au cours du rhumatisme articulaire ankylosant, par ISRÆLSKI. 143
— Choïlonychie totale, par MÜLLER. 247
— Une curieuse pigmentation unguéale, par CRIADO. . . 405
— Modifications de la lame de l'ongle comme indice des troubles aigus de la nutrition, par SPÉRANSKY . . . 468
— Leuconychie, par MUKAI . . 494
— Hématome du lit d'ongle dans un cas de parkinsonisme post-encéphalitique, par v. POOR 581
— Anonychie congénitale totale, par LISTENGARTEN 1009
— Onychogryphose partielle, par ALKIEWICZ 1030
Organes génito-urinaires (maladies des). Fibrosarcome primitif de la peau du pénis, par ITALO LEVI . . . 112
— Diagnostic cytologique des rétrécissements gonorrhéiques, par BERTOLOTY . . . 126
— Le syndrome ano-vulvaire, par COHEN 128
— Reliquat de l'organisation conjonctive de l'accollement physiologique du gland et du prépuce, par MONCORPS . 144
— Condylomes acuminés de la partie caverneuse de l'urèthre masculin, par JACOBSOHN 146
— Une forme particulière de corne cutanée du gland, par MUKAI et MORIMOTO. . . . 165
— La vaginite par trichomonas, par KULISCH et GRIMM . . . 245
— Uréthrite masculine par trichomonas du vagin, par GRIMM. 246
— Cystite aiguë par une levure pathogène, par OTA et MASUDA 247
— Contribution à l'étude clinique, bactériologique et étiologique de l'ulcère aigu de la vulve, par ROSENTHAL . . 387
— La radiothérapie de l'hypertrophie sénile de la prostate, par KHASPÉKOFF. 500
— Sur les affections cancériformes de la verge, par KRICHTAL. 501
— Uréthrites gonococciques et non gonococciques, par FRANCK 562
— Au sujet des troubles génitaux liés aux uréthrites et prostato-vésiculites chroniques, par B. VALVERDE 562
— Contribution au diagnostic cytologique des rétrécissements gonococciques de l'urèthre, par BERTOLOTY . . 594
— Influence réciproque des extraits (toxine et endotoxine) des germes communs de la flore urétrale sur leur propre développement et sur le gonocoque, par SECHI . . . 625
— Technique pour l'isolement du gonocoque dans les uréthrites aiguës, par SOSA. . 700
— Sur l'étiologie de l'uréthrite non gonococcique, par CHWALLA 710
— Balanite diabétique, par BELGODÈRE 794
— L'uréthrite conjugale, par FELKE 799
— Troubles génito-urinaires et lésions de l'urèthre postérieur, par TANT. 807
— Lymphangio-endothéliome kystique du scrotum, par BORTOLOZZI 820
— Uréthrites gonococciques et non gonococciques, par ASCH. 886
— A propos de la vulvo-vaginite gonococcique infantile. Considérations étiologiques, cliniques et thérapeutiques, par GATÉ et MICHEL 996
— Les relations des végétations vénériennes avec les épithéliomas de la verge, par BUSCHKE et LŒWENSTEIN . . 997
— Sur la concentration des ions hydrogène de l'urèthre de l'homme, méthode pour déterminer le pH de l'urèthre normal, par KLEIN. . . . 1004
— Quelques cas d'affections génitales non spécifiques simu-

lant des papules syphilitiques, par Hoffmann . . . 1005
— Sur les influences réciproques des germes communs de la flore uréthrale et du gonocoque, par Sechi 1024
— Le priapisme, symptôme initial de la leucémie myéloïde, par Podkomorski 1029
— De l'emploi dans l'impuissance de la solution stérile des sels inorganiques du sérum normal de l'homme, d'après Trunecek, par Alexandroff. 1036
— Priapisme par tumeur métastatique des corps caverneux du pénis, par Garofalo . . 1132
— Sur la vulvo-vaginite gonococcique des petites filles, par Bertoloty 1219
— Le traitement de la vaginite due au Trichomonas vaginalis, par Greenhill 1223
— Ulcère aigu de la vulve de Lipschütz, par Burnier et Carteaud. 1276
— Uréthrites chroniques et impuissance, par Orphanidès . 1276

P

Panaris. Un cas probable de panaris double gonococcique métastatique, par Huet. 128
Parasites (animaux divers). Affinités parasitologiques et cliniques entre le Tokelau de l'Asie et de l'Océanie et le Chimberé des indigènes de Matto-Grosso, par da Fonseca Filho 157
— Phtirius ou Phtirus, par Klein. 900
Pelade. La pelade et ses relations avec une rétention métallique, par Feit Hermann, Throne, Bindford et Myers . 121
— La pelade est-elle contagieuse ? Observation de quatre cas simultanés dans une famille, par Navarro Martin . 298
— Métabolisme basal dans la pelade et dans l'acné, par Covisa et Solla. 405
— Applications indirectes de rayons X dans le traitement de la pelade décalvante, par G. Truffi **684**
— Recherches sur le mécanisme physiopathologique de la pelade II. Pelades traumatiques et pelades par choc émotif, par Levy-Franckel et Juster. **1074**
— Pelade et traitement photodynamique, vitiligo et brassage pigmentaire, par Jausion et Pecker 1201
— Traitement intradermique de la pelade, par Enterria . . 1301
Pellagre. Un cas français de pellagre avec paraplégie, par Guillain, Mollaret et Lereboullet 888
Pemphigus. Le pemphigus chronique dans ses variétés : pemphigus vulgaire, pemphigus foliacé et pemphigus végétant, par Mierzecki . . 388
— Contribution à l'étiologie du pemphigus et de la dermatite herpétiforme de Duhring, par Kartamycheff 412
— De l'emploi du spirocide dans le pemphigus vulgaire chronique et végétant, avec remarque sur la spirocidthérapie, par Oppenheim. . . . 483
— Sur le traitement du pemphigus, par Kumer . . . 590
— Pemphigus et glandes endocrines, par Balbi 601
— Contribution à l'étude de l'étiologie toxico-infectieuse du pemphigus vulgaire et de la dermatite-herpétiforme de Dühring; recherches expérimentales sur les animaux, par Urbach et Reiss . . . 710
— Pemphigus chronique, par Sainz de Aja et Puyou Prat . 1302
— La thérapeutique du pemphigus par la quinine urotropine, par Roman de Leszczynski . . 1317
— Considérations histo-pathogéniques à propos d'un cas de pemphigus héréditaire traumatique à kystes épidermiques, par Fidanza, Carrillo et Ocana 1298
Perlèche. La perlèche des adultes, par Skolnik . . . 253
— La perlèche chez les écoliers et recherches sur la flore bactérienne, par Schwab . . . 1209

Physiologie de la peau. La réaction et la composition de la sueur de la peau saine et malade, par Tonian . . . 305
— Détermination quantitative et qualitative du sébum humain, par Pachur 897
— La physiologie du dermographisme élevé, par Muhlmann. 1037
— La structure de la fonction de l'épiderme et du derme, par Szodoray 1044
— La graisse des cellules de l'épiderme dans quelques dermatoses, par Wlassics . 1289
— Sur l'appareil de Golgi des cellules des glandes sudoripares eccrines chez l'homme, par Melczer. 1289
— Sur certaines particularités de structure et de fonctionnement de la peau d'après les constatations faites lors d'une étude expérimentale des tatouages, par A. C. Guillaume 1278

Piedra. Cultures de la piedra brésilienne, par Pereira. . 155
— Le genre Trichosporon. Trichosporoses ou trychomycoses noueuses piedra européenne, piedra asiatique et piedra américaine, par da Fonseca Filho 156

Pigmentation. Pigment et protection contre la lumière, par Keller 123
— La transmission héréditaire de la dépigmentation des plumes acquise par l'hyperthyroïdisation chez les gallinacés, analogie avec les troubles observés dans l'hyperthyroïdie chez l'homme, par Sainton et Simonnet . . **211**
— Contribution à l'étude du processus de pigmentation dans la maladie de Darier, par Mu 503
— Pigmentation de la peau et des muqueuses ressemblant à l'argyrie consécutive au traitement par le bismuth et la silver-arsphénamine, par Spiegel 813
— Pigmentation spéciale consécutive à l'absorption d'un purgatif contenant de la phénolphtaléine, par Campbell 903
— Le pigment mélanique dans la peau, les poils et les yeux du lapin gris ; son développement embryologique et la question de l'origine mésodermique des mélanoblastes épidermiques, par Peck . . 909
— Pigmentation labiale et jugale chez un syphilitique, par Gougerot et Burnier . . . 987
— Renforcement de la formation de pigment par l'adrénaline oxydée (oméga), par Meirowsky 1001

Pityriasis. Pityriasis rubra pilaire. Relation de quatre cas traités avec succès par l'extrait thyroïdien. Lésions d'atrophie musculaire dans deux cas, par Castello et Caracena 300
— Pityriasis rosé hémorragique, par Wirz 576
— Contribution à l'étude du pityriasis versicolor achromiant, par Artom 616
— Observations sur un cas atypique de « pityriasis rubra pilaire de Devergie », par Cortella 630
— Deux cas d'achromie par le pityriasis versicolor, par Pierini 1297

Prostitution. Un essai de réglementation sanitaire de la prostitution. Le service sanitaire de Lyon, par Gerbenne 927
— La prostitution et les maladies vénériennes en Roumanie, par Voina. 928

Prurigo. Le traitement diététique du prurigo, strophulus, par Leroy et Mathieu . . . 132
— Le traitement hydrominéral des prurits à la Roche Posay, par Huet. 138
— Le prurigo strophulus, par Artom 291
— Prurigo chronique, par Peyri 597

Prurit. Prurit anal et vulvaire, par Kmithsen. 108
— Bases physiopathologiques du traitement des prurits, par Margarot. 136

— Le traitement hydrominéral des prurits, par ANGLADA . 137
— Les prurits et leur traitement hydrominéral. Action efficace aux eaux de Saint-Gervais, par ROUX. 138
— L'action efficace des eaux de Molitg sur les prurits, par DE MASSIA. 139
— Prurit brightique et cure hydrominérale de Saint-Nectaire, par SÉRANE 139
— La cure de Capvern dans les prurits, par CARCY. . . 139
— Le traitement des prurits et des dermatoses neuro-arthritiques par la source Larressec des Eaux-chaudes d'Ossau, par DE MEDEVIELLE . . 140
— L'extrait aqueux de rate dans le traitement des prurits et des eczémas, par P. CHEVALLIER et L. BLOCH 471
— Prurits et Prurigo, par HUDELO 924
— Prurit anal, par MACARTHUR . 1294

Psoriasis. Le psoriasis est-il en relation avec une infection focale ? par GUNDERSEN . . 105
— Psoriasis et système endocrine, par STUMPKE. . . . 145
— Sur la pathogénie du psoriasis, par CAJKOVAC 146
— Un nouveau traitement du psoriasis, par CAMPBELL et FROST 254
— Parapsoriasis varioliforme (Pityriasis lichenoïdes et varioliformis acuta), par WISE et SULZBERGER 254
— La photosensibilisation par les dérivés de l'acridine dans le traitement du psoriasis, par OSTROWSKI 304
— Un cas de psoriasis suppuré atypique (Zumbusch), par KEDROFF 312
— Sur le temps de résorption de la papule urticarienne dans le psoriasis, par KASABAKAS . 384
— Deux cas de psoriasis avec syndrome hypophysaire, par NAVARRO MARTIN et PARSAL . 407
— Un cas de psoriasis et de gale, par P. BALINA, GAVINA-ALVARADO et BASOMBRIO . . 598
— Nouvelle contribution à l'étude de la chrysarobine dans le traitement du psoriasis, par BARRIO DE MEDINA . 594
— Parapsoriasis varioliforme, par GROSS 598
— Parapsoriasis varioliforme aigu, par SENEAR et OLIVER . 598
— Psoriasis et parathyroïde, par VURCHIO 632
— Psoriasis atypique avec lésions de la muqueuse buccale, par SCHREINER. . . . 716
— Parapsoriasis varioliforme aigu, par BARBER 805
— Le traitement du psoriasis par les squames, par TOMA . 1110
— Affections articulaires fébriles dans le psoriasis, par GRÜNEBERG. 1211
— Phénomène de Kobner et pathogénie du psoriasis, par LEVI 1229
— Parapsoriasis en gouttes avec leucomélanodermie du cou simulant la syphilide pigmentaire, par MILIAN et LAFOURCADE 1277
— Parapsoriasis lichénoïde et varioliforme aigu, par DIASIO 1306
— Le traitement du psoriasis par le régime hypochloruré, par LEVIN et SILVERS . . 1295

Psorospermie. Sur un cas de psorospermose folliculaire végétante, par VILANOVA. . 904
— Psorospermose folliculaire végétante (maladie de Darier), par VILANOVA MONTIU . 1018

Purpura. Sur l'étiopathogénie du « purpura annularis telangiectodes » de Majocchi et sur une singulière localisation de celui-ci, par CAVALLUCCI 105
— Purpura anaphylactoïde d'origine tuberculeuse, par SANNICANDRO 292
— Sur l'étio-pathogénie du purpura annulaire téléangiectode de Majocchi et sur une de ses localisations singulières, par CAVALLUCCI. . . 296
— Considérations sur un cas de purpura hémorragique chez

une malade atteinte de tuberculose pulmonaire, par Valle 586
— Purpura rhumatoïde anaphylactique à poussées subintrantes provoquées par l'effort musculaire, par Sézary, Horowitz et Riboni. . . . 990
— Gomme ulcéreuse de la joue. Purpura hémorragique et syndrome agranulocytaire au cours du traitement arsenical. Eosinophilie de guérison, par Carnot, Delafontaine et Véran 1117

Pyodermites. Pyodermite chronique papillaire ulcérée de Zurhelle, par Broers . . . 243
— Pyoderma, par Brunsting, Goeckerman et O'Leary . 253
— Pyodermite chronique serpigineuse, par Kousnetz. . . 307
— Traitement des pyodermites par le bactériophage, par Sanz et Benitez 594
— Contribution à la connaissance des pyodermites végétantes, par Truffi. . . . 914
— Pyodermite végétante de Hallopeau avec terminaison mortelle, par Danel . . . 1199
— Les pyodermites chroniques du type végétant et ulcéreux, par Hudelo et Rabut . . . 1283

Q

Quincke (maladie de). Un cas mortel de maladie de Quincke avec crises douloureuses abdominales accompagnées de spasmes vasculaires, par Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier . . . 789

R

Radiothérapie. Thérapeutique cutanée rationnelle par les rayons limite, par Bucky. . 123
— L'emploi des rayons limite dans la dermatologie, par Kissemeyer 123
— Irradiation de la thyroïde dans les maladies de peau, par Samek 125
— Traitement par les rayons infra-rouges des salpingites rebelles à la diathermie et aux autres traitements, à propos de quatre cas guéris, par Rousseau et Nyer. . . 133
— Les rayons ultra-violets en dermatologie, par Meyer. . 232
— XXVIe Réunion annuelle de la Société italienne de dermatologie et de syphiligraphie. Rome, 24-26 avril 1930. Thèmes présentés : 1° Rayons X et radium en Dermatologie. 2° Aspects actuels de la syphilis 283
— Réaction imprévue aux rayons limites, par Blumenthal et Böhmer 396
— Les rayons X ultra-mous. Leurs indications en dermatologie, par E. et H. Biancani. 567
— Remarques sur le traitement par les rayons limites de Bucky, par Bürkmann. . . 584
— Contribution à la radiothérapie des lymphomes malins primitifs, par P. Schlanger et W. de Schlanger . . . 796
— Influence des rayons ultra-violets, des rayons Rœntgen, du radium et de quelques métaux sur les éléments de la réaction de Wassermann, par Ambrogio 818
— Radiodermite ulcéreuse de la région balano-préputiale guérie en une seule séance par la diathermo-coagulation, par Bordier 891
— Quelques points intéressants en radiothérapie dermatologique, par Hombria. . . . 904
— Traitement de l'adénite tuberculeuse et du scrofuloderme par la Rœntgenthérapie, par Navarro Martin et Tellez Plasencia. 1129
— Les agents physiques appliqués à la dermatologie. Radiothérapie subpénétrante, par Vieira 1199
— Rœntgenographie dans les strictures de l'urèthre, par Petscherski, Strokov et Schischov 1315

Raynaud (maladie de). Mala-

die de Raynaud et érythème pernio, par COLOMER . . . 489
Réactions. Expériences cliniques sur la réaction de sédimentation dans les maladies cutanées et vénériennes, par BOAS 116
— L'enzymoréaction (Principes, techniques, applications), par SIVORI, REBAUDI, MENNITI. 170
— Réactions sérologiques et allergiques dans le sclérome spécialement en rapport avec la thérapie spécifique, par NEUBER 620
— L'action sur la peau de quelques substances chimiques employées dans l'industrie, par RODENACKER 1208
— Augmentation par l'acide salicylique de la réaction de la peau chez les individus sensibles, en même temps contribution à la technique de l'épreuve du lambeau, par FREUND 1210
Recklinghausen (maladie de). Contribution aux anomalies de la sécrétion interne dans la maladie de Recklinghausen, par ROUSSAKOWA . . . 733
Rhinophyme. A propos du Rhinophyma, par R. PALMA . . 703
Rhinosclérome. Rhinosclérome à Moscou, par JORDAN. 482
Roséole. Roséole histiocytaire atrophique et congénitale, par CHATELLIER et IZARD . . **534**
— Roséole infectieuse aiguë, par MILIAN. 568

S

Sang. Glycémie et maladies de peau, par HERMANS et HOGERZEIL 120
— De l'effet de l'hyposulfite de soude et du chlorure de chaux sur la réserve alcaline sanguine, par TISCHNENKO et KOLJADA 122
— Variations de la réserve alcaline du sang dans quelques maladies de la peau, par PISACANE 258
— De l'influence des injections intraveineuses sur la composition morphologique du sang, par SIROTA 309
— Contribution à l'étude de la dispersion des floculats sériques par les hyposulfites alcalins, par TECHOUEYRES . 378
— Sur les altérations de la peau dans la vraie polycythémie rouge, par BOHNSTEDT. . . 394
— Une étude sur la sérologie de la blennorragie, par BUCURA et SCHWARTZ. 401
— Le bactériophage en dermatovénéréologie, par PELAYO GOMEZ y MARTINEZ. 406
— Sur le sucre du sang dans les dermatoses, par FUJINO . 495
— Un cas de gonococcémie avec endocardite gonococcique, par BERNER 505
— Conservation du pouvoir complémentaire du sérum de cobaye, par RONCHÈSE. . . 565
— L'infiltration cholestérinique de la lèvre supérieure, par FINCK 565
— La thilémie dans les dermatoses, par CASTELLINO . . 603
— Modifications thérapeutiques du déséquilibre acide-base sanguin ; leurs effets sur les dermatoses concomitantes, par SPILLMANN, VERAIN et WEIS 791
— Action de la boue thermale sur l'hydrémie, par COMEL . 822
— La chlorémie chez les eczémateux, par NAVARRO MARTIN et ARANGUENA 906
— Recherches sur l'action des irradiations Jesionek-Sollux sur la catalase du sang chez les individus atteints de psoriasis, par LEIGHEB . . . 1021
— Comparaison entre le contenu en glucose du sang et du liquide de bulle après administration de sucre par voie buccale chez des sujets normaux, par FERRARI. . . . 1027
— Tularémie, par BELOTE. . . 1047
— Carotinémie consécutive à un régime restrictif, par LEVIN et SILVERS 1223
— Sur la présence de cellules endothéliales dans le sang

circulant dans des districts cutanés atteints de dermatoses, par CHIALE 1226
Sarcoïdes. Sarcoïdes cutanées (Darier-Roussy) avec lésions identiques dans le cerveau et les organes internes, par LENARTOWICZ et ROTHFELD. . 241
— Contribution à la clinique du sarcoïde, par LIEBNER. . . 397
— Contribution à la connaissance des sarcoïdes, par PUHR . . 482
— Recherches sur l'anticutine et la procutine dans le sérum de malades atteints de sarcoïdes, par KISSMEYER et SCHULTZ 1006
— Les sarcoïdes de la lèpre, par MOTTAT 1180
— Sarcoïdes multiples bénins chez un nourrisson, par POLLAUD 1287
Sarcomes cutanés. Dermatofibrosarcomes, par SALAVERRI. 159
— Sur le processus anatomo-pathologique du sarcome idiopathique de Kaposi (angio-endothéliome cutané de Kaposi), par RADÆLI . . 267
— La sarcomatose idiopathique pigmentaire multiple de Kaposi et ses interprétations histogénétiques et pathogéniques, par HUDELO et CAILLIAU 417
— Sur un cas peu commun de sarcomatose cutonée (observation clinique et anatomo-pathologique), par MARRAS . 727
— Sarcome hémorragique de Kaposi. Relation d'un cas chez un individu de couleur, par CASTELLO 808
Sarcopsyllose. Sarcopsyllose intense avec hyperkératose plane exfoliatrice plantaire, par DELAMARE et JIMENEZ GAONA. 826
Schamberg (maladie de). Trois cas de maladie de Schamberg, par SALAVERRI . 404
— Contribution à l'étude de la maladie de Schamberg, par COVISA et GAY PRIÈTO . . . 721
Sclérodactylie. Sclérodactylie et syndrome de Raynaud, par CARO PATON. 1301
Sclérodermie. Sclérodermie en bandes avec infiltrations cutanées nodulaires et sclérodactylie avec syndrome de Raynaud (signification des altérations vasculaires dans la pathogénie de la sclérodermie), par SANNICANDRO . 731
— Sclérodermie avec mélanodermie, rôle de l'insuffisance surrénale, par HALBRON et DE SÈZE 790
— Deux cas de sclérodermie traités par la fibrolysine, par SEMINARIO et DANERI . . . 1297
— Sur la pathogénie de la sclérodermie, par MALOSSI . . 1308
Sclérome. Réactions sérologiques et allergiques dans le sclérome principalement au point de vue de la thérapeutique spécifique, par NEUBER. 115
Stéatocystome. Steatocystoma multiplex, par ORMSBY et FINNERUD 409
Stries atrophiques. Stries atrophiques avec œdème et dilatation des lymphatiques, par SEMINARIO et PESSANO . . . 1296
Sycosis. Le sycosis séborréique chronique, par SELLEI . . 146
— Sycosis profond d'origine staphylococcique, par BEZECNY. 244
— Sur le traitement du sycosis et remarque sur le cancer des paraffineurs, par P. WHITE 484
— Sur l'ulérythème sycosiforme d'Unna (sycosis lupoïde de Brocq), par MASCHKILLEISSON. 1316
— Traitement du sycosis par les injections intra-dermiques de vaccin staphylococcique, par BARBER 1295
Systeme pileux. Expériences sur la chute et la croissance des poils, par ABELIN . . . 246
— Le phénomène de l'hypertrophie des poils par foyers après l'épilation par les rayons de Rœntgen, par DOSTROWSKY 711
— Une nouvelle préparation au pyrogallol, soufre et cholestérine pour la teinture, les soins et la croissance des cheveux, par STRAUSS. . . 716

— Les troubles de la fonction thyroïdienne et leur action sur le système pileux, par Sainton et Simonnet . . . 786
— Sur l'hétérochromie des cheveux, par Brauer 896

T

Télangiectasies. Télangiectasies éruptives maculeuses persistantes, par Parkes Weber et Hellenschmied . . 152
Thallium. L'acétate de thallium dans l'importante question des teignes en Algérie, par Raynaud, Béraud, Colonieu . 142
— Nouvelles recherches sur les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par l'acétate de thallium, par Cortella 276
— L'acétate de thallium comme épilatoire dans le traitement des teignes, par Fabre . . 381
— Le thallium dans la thérapie des affections mycosiques du cuir chevelu, par Lévine et Torsoniéff 416
— Observations cliniques et expérimentales sur l'intoxication après emploi d'acétate de thallium, par Prokoptchouk, Bachkievitch et Chamchine 504
— Empoisonnement par l'acétate de thallium, par Rubenstein. 812
— Pathologie de l'intoxication par le thallium, par Von Vasarhelyi 1008
— L'acétate de thallium dans le traitement des teignes, par Martins de Castro. . . . 1056
— Les altérations du système nerveux central dans l'intoxication par le thallium (IVe note : les altérations de la névroglie), par Cortella. . 1228
Thérapeutique. Réaction de fixation et traitement diététique, par Gans. 94
— La situation de la dosimétrie dans la dermatologie, par Schreus 125
— Quelques observations sur la pénétration de sels de métaux lourds dans la muqueuse de l'urèthre mâle, par Lomholt Svend. 126
— Sur l'action externe de l'iode et sur une pommade à l'iode comme pâte à massage, par Orlowski. 147
— La valeur thérapeutique des composés d'or, par Roxburgh et Corsi 152
— La douche filiforme, par A. et G. Alechinski 153
— Le nitrate d'argent, par Veyrières. 230
— De l'association des corps réducteurs et des mercuriaux dans les pommades, par Huerre 367
— Sur le mécanisme des accidents provoqués par les teintures organiques, par Kling. 374
— Sur le trai ement des plaies et surfaces ulcéreuses par les savons, par M. Renaud . . 375
— Antiseptie profonde par les savons. Sur les lois qui règlent l'action des substances toxiques et médicamenteuses, par M. Renaud. . . . 375
— Antivirus-thérapie dans les infections à gonocoques, par Bass 378
— Le lait dans les affections gonococciques, par Gaudy et Quintaud 378
— La pommade au rouge neutre du professeur Roffo dans le traitement des blessures, des ulcères et dans le nettoyage des tumeurs, par Squirru . 400
— Quelques précisions sur la cryothérapie, par Lortat-Jacob et Solente. 461
— Les savons et métaux lourds dans le traitement des maladies infectieuses, syphilis, tuberculose, par M. Renaud. 471
— Les complexes savons en thérapeutique interne, par Maurice Renaud 471
— L'ionisation et ses applications médicales, étude physique, physiologique et thérapeutique, par Duhem et Dubost. 508
— Les polychrestes homœpathiques, par Tetau. 509

— Les accidents de la chrysothérapie, par Driver et Veller. 599
— Sur la résistance du gonocoque isolé de l'individu soumis à la cure acridinique (trypaflavine), par Sechi . . 625
— Le vaccin Dmelcos dans le traitement de l'ulcère phagédénique, par Sesto. . . . 631
— Précis de physiothérapie et de petite chirurgie dermatologiques, par Meyer et Saidmann 639
— Etudes sur l'épithelium-thérapie des ulcérations cutanées, par Sellée 718
— Les accidents de l'acridinothérapie, innocuité des doses usuelles, par Jausion, Pecker et Medioni 789
— L'hétérothérapie, par Milian. 796
— Accidents de la trichophytinothérapie, par Quero . . 808
— Les cures hydrominérales en Dermatologie, par Boutelier. 888
— Le froid en dermatologie, par Lanzenberg 890
— Le chlorure de sodium, par Kestner 1007
— Néoformations consécutives à des injections d'huile camphrée (un cas d'oléomes multiples), par Bertoloty. . . 1017
— Sur les anticutines et les procutines, par Masia. . . . 1022
— La vaccinothérapie intraveineuse dans les infections staphylococciques, par Clawson et Allen 1045
— Contribution à la valeur thérapeutique du crysolgan et du triphal dans les maladies cutanées, par Kleinman . . 1142
— Procédé de stabilisation des dilutions de tuberculine, par Pilcher 1223
— Le traitement du bouton d'Orient par le synectol d'après la méthode de Lérat, par Braïtzeff 1238

Trophœdème. Trophœdème symétrique et congénital de Meige, par Carreras . . . 726

Tuberculides. tuberculides et hémoculture, par Dittrich . 94
— Nouveau type de Tuberculide (tuberculides papuleuses miliaires disséminées, type Milian-Garnier), par Freund . 570
— Une éruption de toxituberculides avec polymorphisme chez une malade anciennement atteinte d'érythème induré de Bazin, par Peyri et Mercadal. 597
— Eruption de tuberculides papulo-nécrotiques sur d'anciennes injections intradermiques de tuberculine, par Navarro Martin 1219

Tuberculose. La tuberculose de la peau et son traitement, par Adamson. 73
— Le traitement de la tuberculose de la peau, par Reyn . 75
— La tuberculose cutanée de l'enfance et sa signification, par Bruusgaard. 79
— La tuberculose cutanée, par Covisa 80
— Tuberculose cutanée, par Jesionek. 83
— Tuberculose cutanée, par Volk 84
— Les tuberculoses cutanées. Leur incidence dans quelques régions de l'Amérique du Sud, par Rabello . . . 85
— Les deux grandes formes de la tuberculose cutanée et leurs causes, par Paul Ravaut 87
— Sur des formes rares de tuberculose de la peau, par Riehl jun. 92
— Formation de tubercules multiples fibromateux cutanés ou sous-cutanés sur les grandes ou petites articulations ou dans leur voisinage, par Brünauer. 92
— Au sujet de la pathogénie des tuberculides, par Kren et Löwenstein 93
— Tuberculose colliquative multiple, par Stein. 93
— De l'importance de la nouvelle méthode de culture de Lœwenstein dans le diagnostic des tuberculoses atypiques de la peau, par Urbach 94
— Lutte contre la tuberculose

cutanée dans l U. R. S. S., par Bremener 95
— Au sujet du traitement de la tuberculose cutanée, par Blumenthal, Franz, Bölner et Höfer. 96
— Etat actuel du traitement de la tuberculose cutanée. Nos résultats sur le traitement diététique, par Peyri et Mercadal 96
— Récents résultats du traitement diététique de la tuberculose cutanée ou muqueuse, par Wichmann 97
— De l'influence sur la peau d'un régime avec restriction du chlorure de sodium, par Urbach 97
— Traitement diététique des tuberculoses, par Kogoj. . 98
— Dernières expériences sur les sels d'or associés à l'arsenic dans le traitement des tuberculoses cutanées, par Noguer-More 98
— Essais thérapeutiques sur le régime de Gerson, par Nicolau et Blumenthal 98
— L'endotoxine du B. C. G. dans le traitement de la tuberculose cutanée, par Iliesco et Longhin 102
— La radiothérapie selon la méthode de Coste dans le traitement de certaines tuberculoses cutanées, par Nicolas, Gaté, Coste et Michel. . . 103
— La cryothérapie dans le traitement des tuberculoses cutanées, par Solente . . . 103
— Résultats de l'inoculation de produits suspects de tuberculose dans les ganglions lymphatiques, par Ninni. . 231
— Sur la présence des éléments filtrables (ultra-virus) du bacille de Koch dans la tuberculose cutanée et dans le lupus érythémateux, par Tarantelli 260
— De la forme aiguë douloureuse de la tuberculose souscutanée indurée disséminée, par Merenlender 496
— L'association des affections tuberculeuses de la peau avec celles des autres organes, par Van Vonno . . . 543
— Tuberculose et adénie éosinophilique prurigène, par Cordier, Croizat et Carle . . 570
— La formule sanguine dans la tuberculose cutanée et sa valeur clinique, par Rosenthal. 575
— Sur la forme aiguë douloureuse de la tuberculose souscutanée indurée et disséminée, par Merenlender. . . 577
— Ulcère tuberculeux de la lèvre supérieure, par Peyri. . . 597
— Sur un cas de tuberculose cutanée végétante, par Ferrari 608
— Traitement des tuberculoses cutanées, par A. Peyri . . 810
— Sur la pathogénie de la tuberculose cutanée et des tuberculides y compris le lupus érythémateux, par Kren et Löwenstein 903
— Le régime de Gerson-Sauerbruch Hermannsdorfer dans le traitement de la tuberculose lupique, par François . 1123
— La diète de Gerson dans la tuberculose infantile, par Béjarano et Enterria 1127
— La tuberculose en vénéréologie, par F. de la Portilla . 1215

Tumeurs. Etranges tumeurs cutanées chez une tuberculeuse, par Freund 294
— Note sur un essai de traitement des néoplasmes, par Aimes 468

Trichophyties. L'origine de l'exclusive localisation de la trichophytie sur la peau (dermatotropisme), par W. Jadassohn 116
— Sur le traitement des teignes en Algérie par le Thallium, par Montpellier, Colonieu et Bloumentweig 141
— Trichophytie folliculaire. Anatomie pathologique, par Paquin. 157
— Recherches sur la guérison spontanée des trichophyties superficielles, par Epstein et Grunomandel 238
— Remarque sur la valeur de la

distinction spécifique des *Trichophytum violaceum* et *glabrum*, par Catanei. . . 566
— La teigne chez l'adulte, par Sprecher 617
— Altération pléomorphique d'une culture de Trichophyton acuminatum, par Catanei. 700
— Contribution à l'étude des trichophytides focales survenant aux régions traumatisées, par Nékatchaloff . . 734
— Sur le cours de l'infection par l'achorion gypseum dans la haute montagne. Contribution à l'étude du besoin de l'oxygène des teignes, par Kadisch et Lœwy 1002
— Trichophytide en traînée, par Diettel 1291
— Deux nouveaux tricophytons non encore décrits, rencontrés dans notre pays, par de Gregorio et Garcia-Serrano. 1304

Trichotillomanie. Contribution à l'étiologie de la trichotillomanie, par Schwarzkopf. 803
— Considérations cliniques sur un cas de pseudo-trichotillomanie, par Perantoni-Satta. 1312

U

Ulcérations. Ulcère tuberculeux atypique de la langue, par Paul Vigne et Montgerisier . 382
— Sur le traitement des ulcérations radiodermiques tardives, par Uhlmann 482
— Ulcères de jambe et insuline, par J. Gaté et Ph. Barral . 665
— Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXXIII. La « corydonite » ou beaucoup d'ulcérations de l'anus, considérées comme chancrelles, sont de simples ulcérations traumatiques, par Cl. Simon. 788
— L'ulcère phagédénique, essai de traitement chirurgical, par Schotte 1012
— L argent dans le traitement de l'ulcère de jambe, par Isaak. 1208

Urticaire. Urticaire et dermite staphylococcique, par Chantriot 133
— Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie. XXX. La réaction de Prausnitz et Kustner, et son importance pour la pathogénie de l'urticaire, par Cl. Simon 233
— Urticaire pigmentaire, œdème aigu de Quincke et névrodermite coexistants et guéris par l'opothérapie thyro-ovarienne (note clinique), par Sainz de Aja 299
— Urticaire et dermite d'origine staphylococcique, par Chantriot 468
— Essai de traitement de l'urticaire, de l'œdème de Quincke et de l'eczéma par un extrait splénique de porc très concentré, par Pasteur Vallery-Radot et Blamoutier . . . 470
— Les phénomènes de choc dans l'urticaire, étude clinique et thérapeutique, par Pasteur Vallery-Radot et L. Rouquès 507
— Contribution à l'étude de l'urticaire au froid, par Covisa et Gay Prieto 592
— Urticaire par effort et cure thermale, par Debidour . . 699
— Urticaire pigmentaire nævi-forme, par Richter . . . 711
— Urticaire sudorale. Recherches physico-chimiques, sur la pathogénie des maladies urticariennes, par Marchionini et Ottenstein 998
— Urticaires par effort L'acidose intervient-elle ? par Pasteur Vallery-Radot, Blamoutier, Decot et Laudat 1118
— Crise d'urticaire et d'asthme provoquées par des lavements à la camomille ; dermo-réactions ; effet de l'Emgé. Lumière des anesthésiques locaux, percaïne et panthésine sur les foyers inflammatoires, par Jæggi 1143
— Urticaire et stomatite précoce produits par un iodo-bismuthate de quinine, par Caro-Paton 1219

V

Varices. Résultats du traitement des ulcères variqueux par le plomb en lame, par Ledo Dunipe. 122
— La sclérose curative dans deux cas de varices lymphatiques, par Joao Alfredo. . 134
— Contribution à l'étude du traitement ambulatoire des ulcères variqueux, par Aubert 509
— Le chlorhydrate d'acéthylcholine dans le traitement des ulcères variqueux, par Ledo. 723
— De l'emploi des injections de glycérine dans le traitement des varices par la méthode sclérosante, par Maignon, Grandclaude et Lambret . . 786
— Etude expérimentale et clinique sur le traitement oblitérant des varices, par Dorfell 896
— Causes des échecs dans le traitement des varices par les injections sclérosantes, par Mc Pheeters, Merkert et Lundblad 909
— Résultats du traitement des ulcères variqueux par la lame de plomb, par Ledo . 1219
— Guérison des ulcères variqueux grâce aux pansements par occlusion, par Smester . 1279

Verrues. Thérapeutique immunisante des verrues et des condylomes chez l'homme et chez l'animal, par Biberstein. 116
— Traitement des verrues plantaires par l'électro-coagulation, par Coignerai . . . 469
— Le cautère froid comme moyen de choix pour l'ablation des fibromes mous, des verrues multiples et autres tumeurs de la peau, par Braun 584
— L'épidermodysplasie verruciforme est-elle une dermatose autonome ? Rapports avec la verrucosité, par Maschkilleisson 901
— Disparition d'une éruption de verrues séniles séborrhéiques par destruction électrolytique de quelques éléments, par Nægeli 1208
— La verrue péruvienne (sa transmission par le phlébotome), par Battisttini . . 1284

Virus. Filtrabilité du virus tuberculeux, par Fischl Friedrich 94
— Le virus varicello-zonateux, par Netter et Urbain. . . 563
— Sur les propriétés d'un virus pathogène pour le singe, présent dans certains bubons vénériens de l'homme, par Levaditi, Ravaut, Lépine et Mlle Schœn 791

Vitiligo. Infection chronique du doigt. Réticulo-endothéliome, vitiligo généralisé, par Costes, Herenschmidt et Fould 788
— Histoire instructive d'un vitiligo, par Milian 795
— Vitiligo en nappes. Symétrie des taches pigmentées restantes, par E. Moniz et Fontes. 1206

X

Xanthome. Xanthome multiple avec hyperthyroïdie, par Christie, Lyall et Anderson. 250
— Pseudoxanthome élastique, par Eljasz 315
— La pathogenèse des xanthomes. Les rapports de la cholestérine, de la phosphatide et de la teneur totale en graisse du sang avec la formation des xanthomes, par Schaaf et Werner. . . . 572
— Xanthome papuleux et urticaire pigmentaire, par Milian, Caroli et Carteaud. . 697
— Nouvelle contribution à l'étude de la pathogénie des xanthomes, par Schaaf . . . 998

Z

Zona. Déficit du reflexe axonique vasomoteur dans le zona, par Haxthausen. . . 110
— Nouvelles contributions à la pathogénie et à la physiologie du zona, par Marinesco . 641

— Action spécifique apparente de l'iodure de sodium dans le zona, par RUGGLES . . . 812
— Lésions du système nerveux central dans le zona, par FAVRE et DECHAUME. . . . 996
— Zona généralisé (varicelleux), leucémie lymphatique et arsenic, par DOSTROWSKY . . 1009
— Sur le traitement du zona, par HŒDEMAKERS et Mlle BENEVLÆRTS 1201
Zoster. Sclérose en plaques précédée d'une éruption zostérienne avec paralysie crurale, par ALAJOUANINE et GRIFFITH 571

SYPHILIS

Associations morbides. Rapports entre l'ichtyose et la syphilis dans deux cas cliniques, par Lanteri . . . 163
— Le pian et la syphilis seraient-ils une seule et même affection ? par Van Nitsen, Lejeune Meguens, Serro et Van den Branden 403
— Un cas d'association simultanée de syphilis nerveuse, cutanée et testiculaire chez le même sujet, par Boubermann 497
— Isothermoesthésie du membre inférieur gauche d'origine syphilitique, par Laignel-Lavastine et Odinet 571
— Syphilis et tuberculose. Orientation thérapeutique, par Soroa 595
— Sur deux cas de gastropathie grave ayant simulé le cancer et probablement de nature syphilitique, par Lemierre . 702
— Diabète insipide. Syphilis et allasothérapie, par Sézary, Lichtwitz et Benoist . . . 788
— Syphilis et tuberculose, par Soroa 1126
— Syphilis iufundibulo-tubérienne (narcolepsie, diabète insipide, obésité, aménorrhée), par Lhermitte et Kyriaco. 1206
— Syphilis et artério-sclérose du cerveau, par Urechia. . 1207
— Acromicrie et syphilis, par Umansky 1209
— La tuberculose acquise des syphilitiques, par Chevallier 1281
Chancre. Chancre mixte. Sa fréquence dans la ville de Rio-de-Janeiro de 1924 à 1928. Histoire. Fréquence. Diagnostic. Prophylaxie de la syphilis dans le chancre simple ou ulcère de Ducrey, par Ruy Gomes. 155
— Chancres géants, par P. Blum et Bralez 236
— Deux cas record de syphilis primaire, par Lépinay. . . 382
— Sur les chancres extragénitaux, par Schwarzkoff . . 390
— Un chancre syphilitique porte d'entrée d'une septicémie streptococcique, par Boss et Delbanco 395
— Récidives chancreuses (cas clinique), par Pelayo, Gomez y Martinez. 407
— Auto-inoculation extra-génitale d'un chancre simple, par de Gregorio et Garcia Serrano. 1128
— Chancre syphilitique de la lèvre chez un enfant de dix-huit mois, par Velasco Pejarès 408
— Chancre syphilitique de l'amygdale linguale, par Levy-Bing et Camus 563
— Sur les localisations rares du chancre syphilitique du tronc, par Rille 584
— Chancre et syphilides psoriasiformes dans un cas de psoriasis vulgaire héréditaire, par Balina. 588
— Utilisation de la ponction du ganglion satellite dans des cas d'accidents syphilitiques primitifs, par H. Chauchard et N. Rapoport. 695
— Deux cas de chancre syphilitique du nez, par Levy-Bing et Carteaud. 785
— La vésicule préérosive du chancre syphilitique de la muqueuse génitale, par Hissard 887
— Chancres géants, leurs sièges extra-génitaux, leurs difficultés de diagnostic, par Blum, Bralez et Archambaud. 988
— Le deuxième cas de chancre syphilitique de l'amygdale linguale, par Belgodère . . 1115
— Chancre syphilitique de l'ombilic, par Blum (P.) et Metzger. 1196
— Traitement du chancre simple

et de ses complications par le Dmelcos, par FREUND . . 1292
Diagnostic. Diagnostic, traitement et contrôle de la syphilis chez les femmes enceintes, par SCHEGÖ 70
— La leucocyto-réaction de Gouin, Bienvenue et Daoulas dans le diagnostic de la syphilis, par DE GREGORIO et SIERRA. 904
— Un nouveau signe de la syphilis ; retentissement du 2e bruit au foyer aortique, par MEIRA. 1214
— A propos du radio-diagnostic de la syphilis et de la tuberculose pulmonaire, par MÉLAMET et TILMANT 1278
Généralités. Contribution à la connaissance de la syphilis endémique en Bosnie, par GRIN 58
— Les manifestations de la syphilis sur la peau et le système osseux dans le tabès et la paralysie générale, par TCHERNOGOUBOW et RACHMANOW 60
— L'évolution de la syphilis à la lumière des recherches histologiques, par ALMKVIST. . 61
— Etes-vous ou n'êtes-vous pas syphilitique, par VERNES. . 129
— A propos du compte rendu par le Pr. H. Sachs de la deuxième conférence de Copenhague sur la sérologie de la syphilis, par UPPOLTZ. . . 130
— Au sujet de la syphilis, par LEDOUX 130
— Les grandes étapes de la syphiligraphie en Algérie, par MONTPELLIER 140
— Syphilis et mortalité infantile, par NOGUER MORE . . . 157
— Essai d'évaluation critique des données statistiques relatives à la syphilis, par TCHERNOGOUBOFF. 310
— Le retour offensif de la syphilis en Europe, par FUSSE. . 465
— Lettre à un médecin praticien sur la dermatologie et la vénéréologie, par CL. SIMON . 469
— Etude comparative biologique et histologique des ganglions lymphatiques des syphilitiques, par SALEFBY et GREENBAUM 600
— Traité de la syphilis, publié sous la direction de E. JEANSELME. Tome I. Histoire de la syphilis. Etiologie, expérimentation, par JEANSELME, SÉZARY, SCHULMANN, G. LÉVY et A. LEMAIRE. Tome II. Microbiologie. Anatomie pathologique, sérologie, par TOURAINE, DE JUNG, DEMANCHE, G. LÉVY 637
— Au sujet de la syphilis, par BIZARD. 698
— Rapports de la syphilis à la pathogénie interne, par SOUSA GOMEZ 806
— Vue d'ensemble sur l'évolution de la syphilis (Enquête mondiale) 814
— Syphilis et pian seraient-ils une seule et même affection ? par ARNAUD FORNARA, VIGONI et VAN HOOF. 903
— La barrière hémato-encéphalique dans la syphilis, par OKYA 1028
— Trente ans après... ou la vie des syphilitiques, par CARLE 1114
— La syphilis du point de vue pédiatrique : quelques-uns de ses problèmes les plus saillants, par LAZANO 1130
— Syphilis sans chancre, par LAFOURCADE 1199
— La syphilis (son origine biologique et le moyen de la supprimer), par THUGUT . . 1318
— Syphilis et mort, par JORDAN et STAROFF 1285
— Les mutations du tableau clinique de la syphilis chez les anciens auteurs, par TRUFFI 1309
— Les opinions de Jadassohn sur quelques points importants de syphiligraphie, par COHEN 1281
— Pseudo-syphilis des organes génitaux (Lipschütz) chez une enfant de sept mois, par GAY PRIÉTO. 1302
Gommes. Syphilis gommeuses et modifications du liquide

céphalo-rachidien, par Konrad 387
— Gomme syphilitique ulcérée du cuir chevelu avec ostéo-périostite du pariétal droit, par Nardi 1313

Hématologie. Les lipases du sérum sanguin au cours de la syphilis, par Grzybowski Marjan 62
— Y a-t-il une syphilis hématogène d'emblée, par Kœinigstein 151
— La réaction du sang au gutta-diaphot dans les maladies vénériennes et syphilitiques, par Caminiti 623
— Variations de l'équilibre protéique du sérum aux différentes périodes de la syphilis acquise de l'adulte, par Gaté, Gardère et Badinand . 704
— Recherches sur la sédimentation des hématies dans la syphilis, par Gaté et Silvestre 790
— Considérations sur les variations du déséquilibre acido-basique du sang au cours de la syphilis évolutive, par Spilimann, Verain, Lourian et Ségall 792
— La sédimentation des hématies dans la syphilis acquise, par Gaté et Silvestre. . . 1197
— Altérations nucléaires des globules blancs dans la syphilis, par Antoni 1308

Immunité. Perspectives de l'immunologie dans la syphilis, par Nékam. 47
— Existe-t-il une immunité naturelle dans la syphilis, par Schuhmann 57
— Etude sur l'immunité dans les spirochétoses (1re communication). L'immunité locale dans la syphilis, par Yoshida 301
— L'immunité dans la syphilis, par Lafourcade et Horowitz. 374
— L'immunité syphilitique au point de vue humoral, par Klauder 1045

Infection. Réinfection. Immunité, réinfection et superinfection dans la syphilis, par Truffi et Brown 38
— Réinfection et superinfection syphilitique, par Mestchersky 46
— Immunité, superinfection et réinfection dans la syphilis, par Bergel 56
— Un cas de réinfection syphilitique sans chancre initial, par Schulmann 56
— Réinfection, superinfection syphilitique et syphilis traumatique, par Mestchersky . 58
— La superinfection syphilitique expérimentale dans le tissu de cicatrice spécifique et non spécifique, par Pasini. . . 59
— Superinfection et thérapeutique immunitaire dans la syphilis, par Verrotti. . . 71
— Sur la réinfection, par Lévy-Bing et Barthélémy . . . 229
— Réinfection et superinfection syphilitique, par Besta . . 293
— La notion clinique d'auto-superinfection et leurs dérivations, par F. de la Portilla. 58
— Syphilis par transfusion sanguine, par Levent 377
— Sur la question de l'immunité de la syphilis, de la réinfection, de la superinfection, ainsi que des réindurations, par Hoffmann 479
— La contamination syphilitique avant le chancre, par Schulmann 699
— Deux cas de syphilisation par transfusion pour rajeunissement, par Gougerot, Fiessinger, Bruno et Dalles . . . 785
— Auto-inoculation luétique, par J. M. Peyri 810
— Syphilis secondaire par transfusion sanguine, par J. Tragant Carles 810
— Surinfection ou réinfection syphilitiques, par Laurent et Minaire 892
— Les raisons théoriques de la virulence du sperme au cours de la syphilis latente, par Kertesz 909
— La conception clinique de la réinfection dans la syphilis, par Stokes, Schoch et Ireland 1044
— Réinfection syphilitique ca-

ractéristique, cinq mois après la première infection chez un sujet traité par du néosalvarsan pendant la période séro-positive, par Garriga Rivero 1129
— Neutropisme du virus syphilitique, par Levaditi, Vaisman et Schœn 1201
— Aperçus statistico-cliniques sur les contagions de syphilis observées à Pérouse en 1930, par Bertaccini . . . 1314

Liquide céphalo-rachidien. Différenciation des affections syphilitiques du système nerveux central par une réaction de déviation du complément obtenue au moyen d'un extrait cérébral avec le liquide céphalo rachidien, par Marchionini 64
— Sur la méthode de la M. B. R. II par centrifugation dans les examens du sérum et du liquide céphalo-rachidien, par R. Müller 64
— Syphilis gommeuse et modification du liquide céphalo-rachidien, par Konrad Joseph 65
— Modifications du liquide céphalo-rachidien dans les divers stades de la syphilis et leur signification pronostique, par Grschebin . . . 66
— Le liquide céphalo-rachidien, par Kafka 169
— La réaction colloïdo-chimique de Taka-Ara dans les liquides céphalo-rachidiens luétiques, par Fraulini . . . 257
— Altérations du liquide céphalo-rachidien chez des syphilitiques qui, traités précocement, n'ont pas présenté de manifestations secondaires, par Quero 301
— Les conséquences d'une réaction positive ou négative du liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis d'après trente années d'observation : la période biologique de la syphilis nerveuse, par P. Ravaut 471
— Inscription graphique des variations tensionnelles du liquide céphalo-rachidien, par Loeper, Lemaire et Patel. . 476
— Troubles du liquide céphalo-rachidien et lésions cliniques nerveuses dans la syphilis tertiaire de la peau et des muqueuses et leur valeur pour le pronostic et la thérapeutique, par Arzt et Fuhs. 1003

Malariathérapie. La malariathérapie dans le traitement de la syphilis précoce, par Walter 69
— Le traitement de la paralysie générale par la malariathérapie ; résultats, par Marie. 131
— Sur le mécanisme de la malariathérapie dans la paralysie progressive, par Zingale . . 281
— La malariathérapie dans les processus non syphilitiques, par Sainz de Aja 299
— Autour de la malariathérapie, par Pacheco et Silva. . . 488
— La malariathérapie et la paralysie générale progressive, par Balado et d'Oliveira Estèves 587
— Rupture de la rate au cours de la malariathérapie dans la syphilis, par Polayes et Lederer. 910
— Mécanisme de l'action thérapeutique, dans la malariathérapie, par Targowla. . 1114

Ponction lombaire Un cas de mort après ponction lombaire ambulatoire, par Boas. 1293

Ponction sous-occipitale. Ponction sous-occipitale, par Michaux 1199

Prophylaxie. Sur l'action prophylactique des injections dermiques de salvarsan sur la syphilis et le pian, par Takatsu 165
— La lutte antivénérienne en Grèce, par Gougerot . . . 229
— Prophylaxie médico-sociale de la syphilis, par de Gregorio et Serrano 510
— Prophylaxie individuelle et sociale de la syphilis et de

la blennorragie, par PEREZ GUZMAN 811
— Pour l'extinction de la syphilis en France, par VERNES . 887
— Relations de la syphilis avec le cancer. Valeur de la lutte antivénérienne au point de vue oncologique, par GOYANES 1018
— Les défenses naturelles dans la lutte antisyphilitique, système réticulo-endothélial et thérapeutique de la syphilis, par MASSA 1213

Réactions diverses. La réaction de clarification de Meinicke par comparaison avec d'autres méthodes de diagnostic de la syphilis, par MEINICKE 62
— La réaction de clarification de Meinicke : modification Peris : étude comparative avec la réaction de Kahn dans 4.000 sérums, par SAINZ DE AJA 63
— Préparation de l'or colloïdal pour la réaction de Lange, par WERNICKE et BIRABEN LOSSON 235
— Les réactions de Kahn et Wassermann chez les lépreux, par TRINCAO 235
— Sur la réaction de précipitation zonale (R. Z.) pour le sérodiagnostic de la syphilis, par NICOLETTI 255
— Réaction de Hay, dysfonction hépatique et traitements arsénobenzoliques, par POZZO . 257
— Sur la valeur diagnostique de la réaction au benjoin colloïdal appliquée au sérum sanguin, dans la syphilis, selon la méthode de Starobinsky, par PISACANE . . . 295
— La réaction de Müller dans le sérodiagnostic de la syphilis, par HOMBRIA. 298
— Contribution à l'étude de la « Ballung's Reaktion de Muller ». Technique simplifiée pour le sérodiagnostic de la syphilis, par PIELTAIN MANSO 299
— Sur une méthode de séro-diagnostic de la syphilis. La réaction de Tsu modifiée, par PARTHÉNIADÈS 377
— Recherches sur les réactions d'opacification de Meinicke, par LE CHUITON. 379
— Sur la valeur de la réaction d'éclaircissement de Meinicke comparée à la réaction de Wassermann et à la réaction d'opacification de Meinicke, par MÜLLER et ROTTMANN 396
— Influence du sérum des malades traités par la malaria sur la réaction à la luétine, par FELLNER 481
— Réaction d'Herxheimer méningée (note clinique), par CARO-PATON 490
— Sur les réactions non spécifiques de la syphilis dans la grossesse normale, par STEPOWSKI 564
— Le pH et la réaction de Kahn, par SIERAKOWSKI et ZABLOCKI. 566
— Comparaison des réactions de floculation (réaction de Kahn, réaction d'éclaircissement de Meinicke) et de la réaction de Wassermann sur 2.500 sérums, par WERTHER et BAARS 582
— Contribution à l'étude de la réaction d'éclaircissement de Meinicke, par HOMBRIA . . 592
— Commentaires sur la sérologie actuelle de la syphilis, par GARCIA SANTIAGO 593
— Sur le séro-diagnostic de Sciarra, par TORNABUONI . . 610
— Sur la valeur de la réaction de la conglomération de Muller, par RIEHL. . . . 635
— Séro-diagnostic de la syphilis en activité par auto-antigène du sérum (R. S.), par O. SCIARRA 696
— La valeur pratique et scientifique de la nouvelle microréaction rapide de Meinicke, par HOFFMANN. 713
— Peut-on utiliser la méthode de Dold pour l'examen des sérums syphilitiques par la méthode de Vernes ?, par WYSS-CHODAL 785
— La réaction du « pelotonne-

ment » de Muller n° 2, dans le diagnostic de la syphilis, par MORAGAS 809
— Recherches comparatives entre la M K. R. et la réaction de Bordet Wassermann sur 2.500 sérums, par CHIALE. . 821
— Une méthode simplifiée de la réaction de fixation du complément basée sur l'emploi du couple hémolytique antihumain, par MUSSO . . . 891
— La réaction d éclaircissement de Meinicke, méthode pratique et facile pour le sérodiagnostic de la syphilis, par HAUCK 893
— Comment se comporte la réaction à la luétine dans la syphilis congénitale, par KINDLER 900
— Contribution à l'étude de la réaction de conglomération de Müller pour le séro-diagnostic de la syphilis, par PAISAN 905
— La réaction d'éclaircissement de Meinicke comparée à la réaction de déviation du sérum frais de Bruck et à la réaction de Wassermann, technique originelle, par BRUCK et BEHRMANN. . . 1005
— La réaction au citochol dans le séro-diagnostic de la syphilis, par SZWOJNICKA . . 1120
— La fonction antigénique des lipoïdes et les notions nouvelles sur le mécanisme des réactions sérologiques de la syphilis, par DEMANCHE . . 1204
— Recherches sérologiques sur 5.000 sérums avec la réaction d'éclaircissement de Meinicke et la réaction de Kahn, par ROSENFELD 1208
— Le sérodiagnostic de la syphilis par la réaction d'éclaircissement de Meinicke, par la réaction de Kahn et la réaction de conglomération de Müller, par STREMPEL . . 1212
— Les réactions de floculation dans le liquide céphalo-rachidien, par HOMBRIA . . 1218
— Observations sérologiques sur la syphilis, par SÉBASTIANI . 1224
— La réaction de pelotonnement de Müller dans le diagnostic sérologique de la syphilis, par PARDO CASTELLO et CHEDIAK 1300

Réaction de Wassermann. Sur l'utilité de compléter la réaction de Wassermann par les réactions de floculation et d'éclaircissement, par MEINICKE 248
— L'emploi de l'extrait cérébral comme antigène pour la réaction de Bordet-Wassermann sur le liquide céphalo-rachidien, par ROMAN . . 302
— Les albumines du sérum des syphilitiques et la réaction de Bordet-Wassermann, par GATÉ, GARDÈRE et BADINAUD . 376
— Que faut-il demander en pratique à la réaction de Bordet-Wassermann, par FERRU. 468
— Le pH et l'antigène de Mac Intosch dans la réaction de Bordet-Wassermann, par ZABLOCKI et SIERAKOWSKI. . . 566
— Technique de laboratoire, les antigènes cholestérinés dans le séro-diagnostic de Wassermann, par MARTINOTTI. . . 614
— Rapport entre la réaction de Wassermann locale et la réaction de Wassermann sur le sérum du sang et sur le liquide de bulle, par FRANCHI. 624
— Recherches sur la réaction de Wassermann exécutée sur des sérums luétiques progressivement dilués, par GRANDI 632
— La valeur antigénique du phénol dans la réaction de Bordet-Wassermann, par ANCIAUX 701
— La réaction de Dold (réaction de Wassermann sur le liquide de lavage du caillot sanguin) comparée à la méthode habituelle, par WYSS-CHODAT. . 784
— Recherches comparatives sur la réaction de Wassermann et la réaction d'opacification de Meinicke, par ABRAMSON. 898
— Emploi du phénol ou du phénol-alcool dans la réaction de Bordet-Wassermann (A pro-

pos de l'article de M. Sciarra), par Ninni. 988
— La réaction de Bordet-Wassermann dans le sperme des syphilitiques, par Sawicki . 1029
— La valeur comparée des réactions de Bordet-Wassermann et de Vernes, par Alanakian. 1034
— Ce qu'il est utile de connaître des réactions de Bordet-Wassermann, Hecht et Desmoulières, par Letulle et Bergès 1121
— La concentration du chlorure de sodium dans le sang chez les syphilitiques et sa relation avec la réaction de Bordet-Wassermann, par Tonian 1237
— Réaction de Wassermann positive, anomalie isolée du liquide céphalo rachidien, par Sézary, Barbé et Lévy . 1279
— Les réactions de Bordet-Wassermann et de Kahn avec des caillots sanguins, par Kartamycheff et Degtiar. . 1319
— Nouvelle modification de la réaction de Wassermann avec le sérum frais, par Hombria. 1303

Spirochètes. Tréponèmes. Recherches sur la mobilité des spirochètes, par Habermann. 65
— Remarques sur la conférence de R. Geiger, par Brandt . 65
— Sur la découverte de spirochètes dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la syphilis précoce, par Geiger. 65
— Conférences et documents pour le 25e anniversaire de la découverte du germe de la syphilis, par Hoffmann . 170
— Extrait de spirochètes comme antigène de la réaction de Wassermann dans le sang et le liquide, par Marquardt. 249
— Les formes atypiques et la forme granuleuse du tréponème pâle, par Sézary . . 376
— La transformation granuleuse du tréponème pâle dans les lésions aortiques en foyers, par Warthin et Olsen . . 492
— Sur la recherche et la présence de tréponèmes dans le liquide céphalo-rachidien dans la syphilis primaire et secondaire, par Geiger 707
— La virulence du tréponème pâle dans les cultures, par Gammel et Ecker 813
— Découverte précoce des spirochètes dans les noyaux d'inoculation scrotale de lapins inoculés avec des ganglions poplités de lapins syphilitiques latents, par Strempel 1005
— Etudes sur les composants du tréponème, sur les albumines dans les tréponèmes, par Sawada 1028
— Métastases dues aux injections intraveineuses de tréponémes, par Hashiguchi et Kato. 1028
— Le tréponème dans les adénopathies satellites d'arthropathies tabétiques, par Faure-Beaulieu et Mlle Brun. . . 1049
— De la tréponématose en marge des rapports du pian et de la syphilis, par Butler . . 1188
— Le cycle apparent des tréponèmes et les formes granuleuses dans les ganglions syphilitiques, par Warthin et Olsen 1222
— A propos du cycle évolutif du virus syphilitique. Le tréponème pâle est-il virulent, par Lépine 1283

Syphilides. La syphilide secondaire chancriforme et la réinfection, par Hudelo et Rabut 51
— Syphilomes initiaux de siège insolite, par Gravagna . . 631
— Syphilome du cæcum, par Hernandez et Vivoli . . . 892
— Syphilides pemphigoïdes plantaires secondaires, par Houloussi Behdjet 1196

Syphilis asymptomatique. Contribution à l'affection syphilitique « asymptomatique » ou « muette », par Perkel, Israelson et Oretchkine 1141

Syphilis cardio-vasculaire. Aortite syphilitique à aspect

mitral, par GALLAVARDIN et GRAVIER 135
— Etat de la pression veineuse dans la mésaortite syphilitique, par KISCH 401
— Le traitement des différentes formes de la mésaortite syphilitique, par SCHERBER. . 582
— Le traitement de la syphilis vasculaire, par VÖRNER . . 584
— Télangiectasies multiples dans la syphilis, par SPRAFKE. . 709
— Syndrome aortico-gastrique chez un syphilitique, par HARVIER et CAROLI. . . . 891
— Remarques critiques sur le rôle étiologique de la syphilis dans les principales maladies des artères, par LIAN, BLONDEL, BARRIEU et RIBAS SOBERANO . , ... 1202

Syphilis cutanée. Récidives cutanées et muqueuses dans les phases précoces de la syphilis et leur différenciation d'avec les réinfections, par STOKES, COLE, MOORE, O'LEARY, PARRAN, WILE . . 48
— Sur le développement des éruptions syphilitiques secondaires, par MULLER et DELBANCO. 244
— Recherches et considérations pathogéniques à propos d'un cas de dyschromie luétique généralisée, par SANTOJANNI . 291
— Deux cas de nodosités juxta-articulaires de Jeanselme d'origine syphilitique, par KOMAROFF. 313
— Tumeur fibreuse syphilitique. Sur les soi-disant nodosités juxta-articulaires syphilitiques, par SELLEI 390
— Ictère syphilitique ou chancrelleux, par MILIAN . . . 697
— Nodosités juxta-articulaires syphilitiques, par BRUNSTING. 814
— La syphilis et les maladies cutanées en Daghestan, par LÉVINE et SAVINOFF. . . . 827
— Erythrose pigmentaire péribuccale de Brocq d'origine syphilitique, par SALAVERRI. 1304

Syphilis expérimentale. Analyse de l'état réfractaire des lapins syphilitiques envers la réinoculation (super-infection et réinfection), par SCHIN-ICHI-MATSUMOTO 44
— Contribution à la question de l'immunité dans la syphilis expérimentale. Observations sur les récidives locales après extirpation du chancre, par BRANDT 56
— Etudes sur la cytologie du sang dans la syphilis expérimentale du lapin, par PEARCE 62
— La M. B. R. dans la syphilis du lapin, par MÜLLER . . . 64
— Influence expérimentale exercée sur la formation du chancre et le temps d'incubation de la syphilis du lapin, par ZURHELLE. . . . 68
— Etude sur la syphilis expérimentale (syphilis de la souris), par LENARTOWICZ. . . 247
— Syphilis inapparente de la souris par inoculation intratesticulaire de Treponema pallidum, par LI YUAN PO . 377
— Récidives locales des chancres syphilitiques chez le lapin après l'extirpation et l'influence de ce procédé sur l'immunité, par BRANDT . . 389
— Nouveaux résultats de syphilis expérimentale et leur valeur pour la biologie de la syphilis humaine, par BERGEL. 391
— Modifications anatomo-pathologiques du muscle de l'appareil valvulaire et des vaisseaux cardiaques du lapin au cours de la syphilis expérimentale, par JARICHEFF . 465
— La syphilis expérimentale et le pian, par MATSUMOTO . . 507
— Sur les formes granulaires du spirochète pâle dans les centres nerveux, par PACHEDO E SILVA 590
— Sur la question de la syphilis congénitale expérimentale du lapin, par FINKELSTEIN et ORLOW 715
— Les altérations anatomo-pathologiques du muscle, des

vaisseaux et des valvules cardiaques des lapins dans la syphilis expérimentale, par Iarychéwa 735
— Sur la syphilis apparente de la souris, par Bessemans et de Potter 992
— Recherches expérimentales sur la syphilis ganglionnaire du singe, par P. B Photinos. 1006

Syphilis héréditaire Hérédo-syphilis avec chorée, goitre, otite interne scléreuse, par Babonneix 131
— Stigmates cicatriciels de la syphilis congénitale. Note clinique, par Pajares. . . 158
— Kératite interstitielle par syphilis héréditaire chez une femme de 39 ans, par Milian 230
— Considérations sur l'hérédo-syphilis en psycho-pathologie infantile, par Wermeylen et Decamps 232
— Formes particulières de la syphilis osseuse héréditaire dans la deuxième enfance, par Pouzet. 237
— Un cas anormal de transmission de syphilis héréditaire, par H. de Moura Costa . . 487
— Nouveaux cas d'hérédo-syphilis nerveuse, par Babonneix. 566
— Forme rare de syphilis héréditaire tardive, par Bagnoli. 604
— Syndrome aigu de section transversale totale de la moelle épinière chez une fillette congénitalement luétique, par de Toni et Scarzella 607
— Encéphalopathie infantile. Myopathie et syphilis héréditaire, par Margarot et Zakhajm 705
— Un cas de transmission de syphilis congénitale à la deuxième génération, par Hecht-Eleda. 719
— L'hypertension artérielle d'origine hérédo-syphilitique chez l'enfant, par Stévenin. . . 792
— Nouveaux cas d'hérédo-syphilis nerveuse, par Babonneix . 793
— Dystrophies vulvaires hérédo-syphilitiques, par Milian. . 794
— La syphilis héréditaire larvée, par Lesné et Boutelier . . 924
— La syphilis héréditaire tardive de la vessie, par B. Valverde 993
— Deux cas de syphilis héréditaire avec déformations rhumatismales des doigts et hydarthrose, par Dufour . . 1118
— Syphilis congénitale de seconde génération, par Piccardi et Serra 1134
— Renseignements fournis par les radiographies osseuses dans la syphilis congénitale de la première enfance, par Péhu et Romand-Monnier. . 1207
— Etat des ébauches dentaires et des maxillaires dans la syphilis congénitale, par Bauer 1299
— Contribution à la clinique de la syphilis congénitale de la glande thyroïde, par Khaïoutine et Goldenberg. . . . 1319
— Syphilis héréditaire et tuberculose cutanée, par de Amicis 1307
— Nosologie de la syphilis osseuse congénitale dans la première enfance, par Peter et Policard. 1284

Syphilis latente, secondaire, tertiaire. La syphilis latente, par Milian 373
— Arthrite syphilitique symétrique tertiaire sur les deux genoux, par Sainz de Aja et Contera 594
— Syphilis retardée, éclose après plus de deux ans, par R. Bernard et Callewaers . 695
— Sur les syphilis retardées, par Bernard. 807
— Tertiarisme et traumatisme, par J. Peyri 810
— La période secondaire de la syphilis, par Alvarez Sainz de Aja 1128
— La syphilis latente du testicule, par Bertin, Nayrac et Breton 1205

Syphilis nerveuse. Action sédative d'une préparation organique du strontium sur le syndrome douloureux du tabès, par Ciambelotti . . . 72
— Première observation d'altérations des terminaisons ner-

veuses de la pulpe de l'index causées par la syphilis. Etude clinique et anatomo-pathologique, par VIGNALE et MALET 134
— Ecchymoses spontanées symétriques des membres inférieurs au cours du tabès par WEISSENBACH, BASCH et MARTINEAU 134
— Du déséquilibre du système nerveux vago-sympathique ou de l'appareil neuro-végétatif. De son traitement, par POUY 140
— La syphilis nerveuse en Algérie, par MONTPELLIER . . . 141
— La neurosyphilis indigène, par DUMOLARD et SARROUY . 142
— L'excitabilité neuro-musculaire dans le tabès, par MARINESCO, SAGER et KREINDLER . 235
— Essais d'isolement *in vivo* du virus de la paralysie générale, par BESSEMANS et DE POTTER 235
— La paralysie générale dans la population rurale, fréquence et remarques étiologiques, par SÉZARY et BARBÉ . . . **340**
— Radiculite sensitivo-motrice d'origine syphilitique, par DRAGANESCO, KREINDLER et FAÇON 379
— Paralysie générale striée, par PIRES 379
— Neuro-syphilis familiale, par DENNIE 411
— Le pronostic de la neurosyphilis asymptomatique précoce et tardive, par MOORE et HOPKINS 411
— Le traitement de la paralysie générale par l'hyperpyrexie diathermique, par NEYMANN et OSBORNE 600
— Grossesses compliquées de tabès, par WILLIAMS 601
— Pseudo-paralysie de Parrot, par CATTANEO. 622
— Les troubles psychiques au cours du tabès, par LARRIVÉ et JASIENSKI 701
— Sur la paraplégie spasmodique infantile d'origine syphilitique, par POPOW. 703
— Epilepsie syphilitique avec examen microscopique du cerveau, par URECHIA . . . 703
— Douze cas de paralysie générale traitée par le Dmelcos associé au Stovarsol, par EUZIÈRE, VIALLEFONT et TARBOURIECH. 706
— La recurrento thérapie de la paralysie générale, par A. MARIE 790
— Polyomyélite antérieure chronique syphilitique à forme pseudo-myopathique, par HARVIER, DECOURT et LAFITTE. 889
— Hémiplégie par endartérite syphilitique et nouvelle ulcération chancreuse, par TORNE Y BONA 907
— Le syndrome paralytique au cours du tabès (Démence tabétique de certains auteurs), par JASIENSKI. 987
— La syphilis du cerveau et l'endartérite des petits vaisseaux (de Missl et Alzheimer), les difficultés de diagnostic, par URECHIA 994
— Etats méningés post-thérapeutiques dans la syphilis récente, par QUERO 1013
— Syphilis tertiaire chez un tabétique, par SAWICKI . . 1030
— L'incubation du tabès et de la paralysie générale, par SÉZARY et Mme ROUDINESCO . . 1116
— Inefficacité des arsénobenzènes et du bismuth dans le traitement préventif tardif de la neuro syphilis parenchymateuse, par SEZARY . . 1119
— Paralysie générale à évolution aiguë, par MARCHAND et COURTOIS 1119
— Essai de traitement de la paralysie générale par le soufre liposoluble, par LEVADITI, PINARD et EVERS. 1120
— Spasme de torsion avec contracture athétoïde intentionnelle et crises douloureuses du bras gauche chez une tabétique, par ROUSSY, Mlle G. LÉVY et CLARY 1206
— Forme ascendante de syphilis médullaire réalisant un syn-

drome de poliomyélite, par Bourrat 1207
Syphilis de l'œil Contribution à l'étude de l'étiopathogénie de la kératite spinuleuse, par Jona 633
— La choroïdite syphilitique du vieillard, par Rollet . . . 797
— Les manifestations oculaires des méningites séreuses syphilitiques, par Rollet et Paufique 797
— Syphilis et métasyphilis de l'appareil de la vision, par Solarès 1122
Syphilis du poumon. Pleurésies syphilitiques secondaires et tuberculose, par Gougerot 1115
Syphilis osseuse. Les acquisitions récentes en matière de syphilis osseuse, par Barthélémy 372
— Ostéite diffuse et protéiforme probablement d'origine syphilitique, par Dufour, Cottenot, Reyt et Mlle Riom. . 470
— Etudes d'anatomo radiologie. Documents nouveaux sur les ostéopathies syphilitiques de la première enfance, par Péhu, Policard et Boucaumont . . 703
— Contribution à l'étude de la syphilis osseuse, par Bagnoli 1311
Syphilis testiculaire. Sur un cas de syphilis testiculaire, par Contiadès 1278
Syphilis vésicale. Au sujet de la syphilis vésicale et de son état latent, par B. Valverde 702
— De la syphilis vésicale, par Chocholka 1282
Syphilis viscérale. A propos d'un cas de leucoplasie vésicale d'origine syphilitique, par Valverde 887
— Hépatite syphilitique secondaire avec ictère, toxicité des sels de bismuth soluble, par Chatagnon 130
— La splénomégalie de la syphilis au cours des périodes primaire et secondaire, par Assada 381
— Médiastinites syphilitiques et tumeur du médiastin, par Bertoloty 407
— Syphilis du col de l'utérus, par Puente 720
— Quelques observations de syphilis gastrique, par Langeron 890
— Dissociation du complexe étiologique alcoolisme et syphilis dans le déterminisme de certaines hépato-mégalies, par Creyx 991
— La courbe aminoacidémique comme test de la fonctionnalité hépatique, dans la syphilis, dans la lèpre et dans quelques dermatoses, par Del Vivo. 1019
— Syphilis hépatique à forme pseudo-néoplasique, par Cade et Milhaud 1285
Traitements divers. Le traitement abortif est-il une intervention nuisible dans le cours normal de l'immunité contre la syphilis, avec augmentation consécutive de la parasyphilis, par Arzt . . 42
— Les défenses naturelles dans la lutte antisyphilitique. Système réticulo-endothélial et thérapeutique de la syphilis, par Massa 66
— Types d'excrétion du mercure selon les différentes méthodes d'administration, par Cole, Sollmann, Gammel, Rauschkolb et Schreiber . . 68
— Critères de guérison de la syphilis, par de Favento. . 72
— Au sujet de l'enquête de la Société des Nations sur le traitement de la syphilis, par Vernes 129
— Souvenirs personnels à propos des embolies artérielles occasionnées par les injections intramusculaires, par Belgodère 229
— La syphilis est-elle guérissable, par Hoffmann. . . . 244
— La constitution biologique comme facteur de la pathologie et de la thérapeutique de la syphilis, par Massa. . . 251
— Etude d'un sel organique du strontium (quatrième partie : le 418 sr. comme antiluétique), par Ciambellotti. . . 278

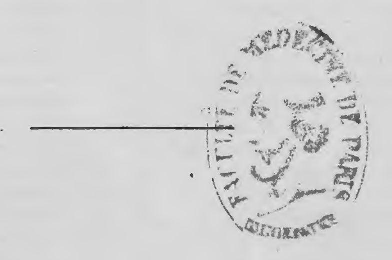
— La conception du traitement préventif de la syphilis par le bismuth, par Sonnenberg. 302
— Sur les exanthèmes salvarsaniques fixes suivis d'une atrophie, par Desidermo-Seiter-Kasal 389
— Etude des résultats obtenus dans une clinique antisyphilitique par un « service de suite » contre l'abandon du traitement par les malades, par Pugh, Stokes, Brown et Carnell. 493
— Traitement aurique de la syphilis par le solganal B, par Müller et Gitmul 579
— Traitement antisyphilitique et accidents de la circulation, par Glassberg et Steiner. . 590
— La chrysothérapie de la syphilis, par Lebeuf et Mollard 694
— Diabète insipide guéri par le traitement anti-syphilitique, par M. Labbé 698
— Un cas de diabète insipide syphilitique. Guérison par le traitement spécifique, par Lebon, Loubeyre et Deemeur. 698
— L'influence des facteurs balnéothérapeutiques les plus importants sur le passage par les barrières hémato-encéphaliques des agents antisyphilitiques, par Werzilov, Chougame et Freydine. . . **775**
— Le traitement chronique, intermittent et régulier de la syphilis doit rester la base non seulement de la thérapeutique mais aussi de la prophylaxie de cette maladie, par Nicolas et Gaté. . 795
— Expériences sur la vaccinothérapie de la syphilis, par Planner. 815
— Sur le traitement de la syphilis infantile par les dérivés de l'acide oxyaminophénylarsinique, par Agostini . . 824
— Etude du plus récent composé synthétique de l'arsphénamine, le Bismarsen dans le traitement de la syphilis, par Miller et Beerman. . . . 908
— Traiment de la syphilis tardive par les rayons ultra-violets et les autohémoinjections des malades irradiés, par Rajka et Radnai . . . **956**
— A propos de la spécificité en thérapeutique. Le mode d'action des médications antisyphilitiques, par Sézary . . 990
— Accident angioneurotique grave par le spirocid, par Von Veress. 1008
— Etude du traitement abortif de la syphilis, par Gay Prieto et Villafuertès . . 1015
— Contribution à l'abortion de la syphilis, par Jordan . . 1035
— Les médicaments antisyphilitiques actuels, bismuth et arsenic trivalent réalisent-ils la guérison définitive de la syphilis, par Levaditi et Lepine 1121
— Etonnante aggravation d'un tabès incipiens avec liquide céphalo-rachidien restant négatif à la suite de traitement combiné (spécifique et malaria), par Welti . . . 1196
— Orientations actuelles du traitement de la syphilis, par Sainz de Aja 1218
— Ce qu'on doit savoir des syphilis arséno-résistantes, par Gougerot et Carteaud. . . 1280
— Syphilis sérorésistante, par Fernandez de la Portilla. . 1303
— Dermatite salvarsanique avec syndrome agranulocytaire, par Spanier 1292
— Règles générales des traitements antisyphilitiques. La doctrine de la surveillance périodique indéfinie et la nécessité des traitements de consolidation pendant de longues années, par Gougerot . . . . 1280 et 1281
— L action antisyphilitique du parasite de la malaria en dehors de la syphilis nerveuse, par Dennie, Gilkey et Pakula 1305
Traitement par les arsenicaux. Huit ans de thérapeutique arsénobenzolique souscutanée, par Castelli . . . 69
— La circulation du salvarsan

dans l'organisme, par PONTOPIDAN 69
— Rétention et élimination de l'arsenic chez les sujets syphilitiques en traitement par les arsénobenzènes, par BENSON CONNON 69
— Un cas rare de 230 injections de néo salvarsan chez une malade hérédo-syphilitique, par P. B. PHOTINOS. . . 71 et 373
— La mort par œdème aigu du poumon à la suite du 914, par MILIAN 231
— Recherches concernant l'élimination comparée de l'arsenic dans le sang et les urines chez les malades soumis aux injections intraveineuses de novarsénobenzol, par LEULIER, GATÉ et LINARD . . . 234
— Recherches concernant l'influence des injections intraveineuses de novarsénobenzol sur l'azotémie, la glycémie et la cholestérinémie, par LEULIER, GATÉ et LINARD . . 234
— Une crise nitritoïde mortelle. Cas clinique, par TRIANA et CESPEDES 300
— Sur la bilirubinémie au cours du traitement par le néosalvarsan, par ALAVDINE . . . 308
— Crise nitritoïde intense après une injection intramusculaire, par DE LA PUERTA . . . 405
— Etudes chimio-thérapeutiques de la pénétration des composés organiques de l'arsenic dans le système nerveux, par RAIZISS et SEVERAC 490
— Un cas de collapsus aigu consécutif à une injection d'arsphénamine, par BUSMAN et WOODBURNE 493
— Présence dans le sérum des malades atteints de dermite salvarsanique de substances qui renforcent la réaction cutanée à l'arsénobenzol de sujets sensibilisés, par NATHAN et GRUNDMANN . . 578
— Provocation brusque d'un tabès latent par le salvarsan, par SCHUBERT 580
— Posologie du spirocide (stovarsol), par OPPENHEIM . . 719
— Néosalvarsan et tension artérielle, par JUNG. 791
— Sur le rôle de la sensibilisation dans les accidents de l'arsénothérapie, par GATÉ, THIERS et CUILLERET . . . 889
— Expérimentation montrant que l'action du salvarsan dépend de l'état du système réticulo-endothélial, par SCHUMACHER 897
— Sur le pouvoir réducteur des divers arsénoïques commerciaux, par A. et P. VALDIGUIÉ. 975
— L'odeur d'éther de l'arsénobenzol, par MILIAN 989
— Syndromes d'intoxication par les arsenicaux pentavalents, par SAINZ DE AJA 1014
— Dermite salvarsanique lichénoïde, par ALVAREZ SAINZ DE AJA. 1125
— Indications et valeur thérapeutique de l'arsénothérapie intramusculaire, par BÉJARANO et ENTERRIA 1127
— Anémie aplastique survenant pendant le traitement de la syphilis par les arsénobenzènes, par STEPHENS . . . 1305
— Douleurs rhumatoïdes au cours d'une cure de salvarsan, par WEIDMANN . . . 1293

Traitement par le bismuth. Mercure ou bismuth, par HECHT 70
— La bismuthothérapie de la syphilis dans le service du Dr L Fournier à l'Hôpital Cochin (1921-1930), par SCHWARTZ. 128
— L'élimination clinique du Bismuth, par HANZLIK, MEHRTENS, MARSHALL, WATSON et SPAULDING 161
— Soufre thermal et bismuthothérapie, par FLURIN et CASAUBON 235
— A propos du bismuth métal en solution aqueuse dans le traitement antisyphilitique, par GALLIOT. 376
— Injection intraveineuse d'iodoquinate de bismuth en suspension huileuse sans accidents importants, par FOUCAUD 563

— L'emploi du bismuth comme prophylactique, par SONNENBERG 1009
— Le traitement d'attaque de la syphilis par le bismuth liposoluble, par SCHWARTZ. . 1120
— Essais de thérapie bismuthique dans quelques cas de lupus érythémateux, par LEIGHER 1139
– A propos d'une réaction colorée mise en évidence dans les urines au cours des traitements par les bismuths solubles, par MEYER et JEANNIN 1197
— La dose thérapeutique de bismuth, par GALLIOT 1279
— Le traitement du tabès par le Bismarsen, par HADDEN et WILSON 1305

Accidents et complications du traitement bismuthique. Réactivation de syphilis tertiaire (gommes) quelques jours après la reprise d'un traitement bismuthique interrompu depuis 5 ans, par GOUGEROT, COHEN et RAGU. . 563
— Eruptions dues au bismuth, par IGEVSKY 612
— Abcès bismuthique tardif récidivant au bout de 28 mois, par GOUGEROT, WEILL (JEAN) et SALLES (P.) 695
— La crise bismuthique considérée comme une fièvre de sensibilisation métallique, par GATÉ, THIERS et CUILLERET. 700
— Contribution à la pathogénie de la grippe bismuthique, par GATÉ, THIERS et CUILLERET 704
— Traitement et prophylaxie de la stomatite bismuthique par les arsénobenzols et l'argent colloïdal, par BRACCHETTI. . 726
— Le rythme de la résorption et de l'élimination du bismuth, par YERNAUX **761**
— Néphrites bismuthiques, par BORY 793
— Embolies artérielles fessières du bismuth et autres médicaments, par BABALIAN . . 794
— Polynévrite bismuthique à forme atténuée, par GATÉ et CHARPY 797
— Embolie fessière à la suite d'injection de sel soluble de bismuth, par BURNIER . . 887
— Stomatite bismuthique réveillée par une injection de 914, par MILIAN. 1199
— Amblyopie transitoire à la suite d'une injection musculaire de sel oléosoluble de bismuth, par DUPUY-DUTEMPS, BURNIER et BLUM 1276



Le Gérant : F. AMIRAULT.

LAVAL. — IMPRIMERIE BARNÉOUD.